Über dieses Buch

Dies ist ein digitales Exemplar eines Buches, das seit Generationen in den Regalen der Bibliotheken aufbewahrt wurde, bevor es von Google im Rahmen eines Projekts, mit dem die Bücher dieser Welt online verfügbar gemacht werden sollen, sorgfältig gescannt wurde.

Das Buch hat das Urheberrecht überdauert und kann nun öffentlich zugänglich gemacht werden. Ein öffentlich zugängliches Buch ist ein Buch, das niemals Urheberrechten unterlag oder bei dem die Schutzfrist des Urheberrechts abgelaufen ist. Ob ein Buch öffentlich zugänglich ist, kann von Land zu Land unterschiedlich sein. Öffentlich zugängliche Bücher sind unser Tor zur Vergangenheit und stellen ein geschichtliches, kulturelles und wissenschaftliches Vermögen dar, das häufig nur schwierig zu entdecken ist.

Gebrauchsspuren, Anmerkungen und andere Randbemerkungen, die im Originalband enthalten sind, finden sich auch in dieser Datei – eine Erinnerung an die lange Reise, die das Buch vom Verleger zu einer Bibliothek und weiter zu Ihnen hinter sich gebracht hat.

Nutzungsrichtlinien

Google ist stolz, mit Bibliotheken in partnerschaftlicher Zusammenarbeit öffentlich zugängliches Material zu digitalisieren und einer breiten Masse zugänglich zu machen. Öffentlich zugängliche Bücher gehören der Öffentlichkeit, und wir sind nur ihre Hüter. Nichtsdestotrotz ist diese Arbeit kostspielig. Um diese Ressource weiterhin zur Verfügung stellen zu können, haben wir Schritte unternommen, um den Missbrauch durch kommerzielle Parteien zu verhindern. Dazu gehören technische Einschränkungen für automatisierte Abfragen.

Wir bitten Sie um Einhaltung folgender Richtlinien:

+ *Nutzung der Dateien zu nichtkommerziellen Zwecken* Wir haben Google Buchsuche für Endanwender konzipiert und möchten, dass Sie diese Dateien nur für persönliche, nichtkommerzielle Zwecke verwenden.

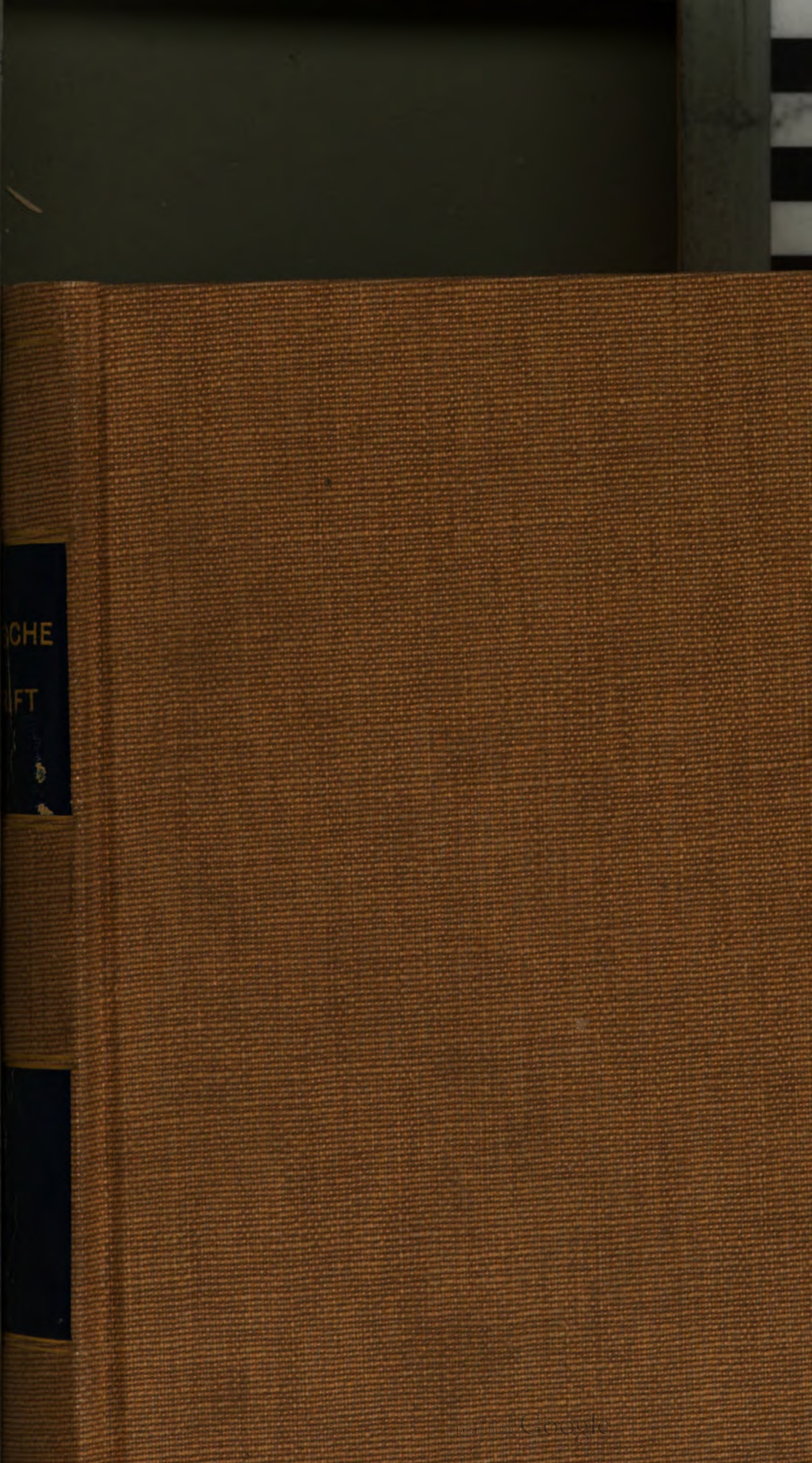
+ *Keine automatisierten Abfragen* Senden Sie keine automatisierten Abfragen irgendwelcher Art an das Google-System. Wenn Sie Recherchen über maschinelle Übersetzung, optische Zeichenerkennung oder andere Bereiche durchführen, in denen der Zugang zu Text in großen Mengen nützlich ist, wenden Sie sich bitte an uns. Wir fördern die Nutzung des öffentlich zugänglichen Materials für diese Zwecke und können Ihnen unter Umständen helfen.

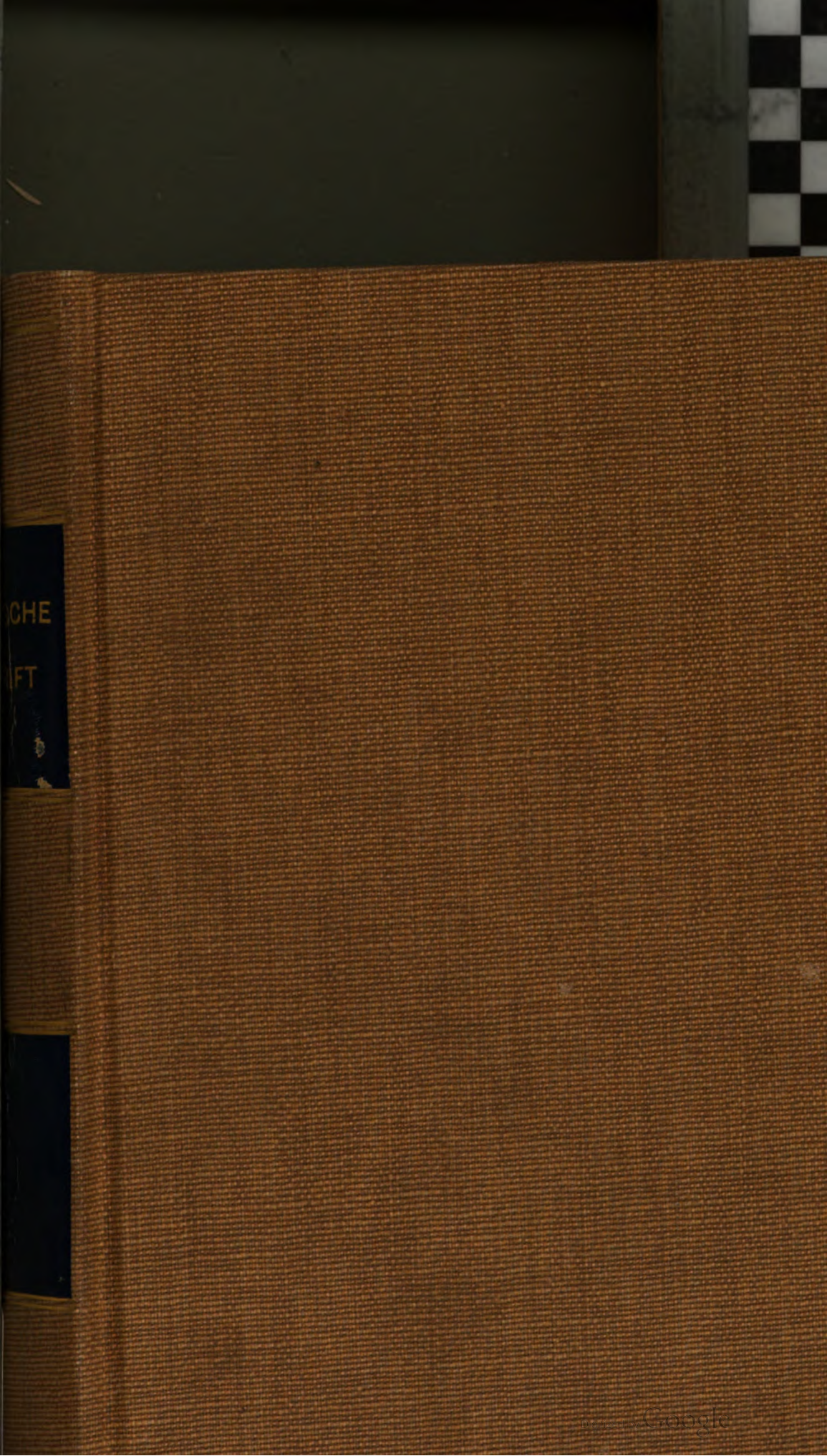
+ *Beibehaltung von Google-Markenelementen* Das "Wasserzeichen" von Google, das Sie in jeder Datei finden, ist wichtig zur Information über dieses Projekt und hilft den Anwendern weiteres Material über Google Buchsuche zu finden. Bitte entfernen Sie das Wasserzeichen nicht.

+ *Bewegen Sie sich innerhalb der Legalität* Unabhängig von Ihrem Verwendungszweck müssen Sie sich Ihrer Verantwortung bewusst sein, sicherzustellen, dass Ihre Nutzung legal ist. Gehen Sie nicht davon aus, dass ein Buch, das nach unserem Dafürhalten für Nutzer in den USA öffentlich zugänglich ist, auch für Nutzer in anderen Ländern öffentlich zugänglich ist. Ob ein Buch noch dem Urheberrecht unterliegt, ist von Land zu Land verschieden. Wir können keine Beratung leisten, ob eine bestimmte Nutzung eines bestimmten Buches gesetzlich zulässig ist. Gehen Sie nicht davon aus, dass das Erscheinen eines Buchs in Google Buchsuche bedeutet, dass es in jeder Form und überall auf der Welt verwendet werden kann. Eine Urheberrechtsverletzung kann schwerwiegende Folgen haben.

Über Google Buchsuche

Das Ziel von Google besteht darin, die weltweiten Informationen zu organisieren und allgemein nutzbar und zugänglich zu machen. Google Buchsuche hilft Lesern dabei, die Bücher dieser Welt zu entdecken, und unterstützt Autoren und Verleger dabei, neue Zielgruppen zu erreichen. Den gesamten Buchtext können Sie im Internet unter `http://books.google.com` durchsuchen.


CHE
IFT


Digitized by Google

MEDICAL SCHOOL
LIBRARY

SIGILLVM · VNIVERSITATIS · CALIFORNIENSIS

FIAT LVX

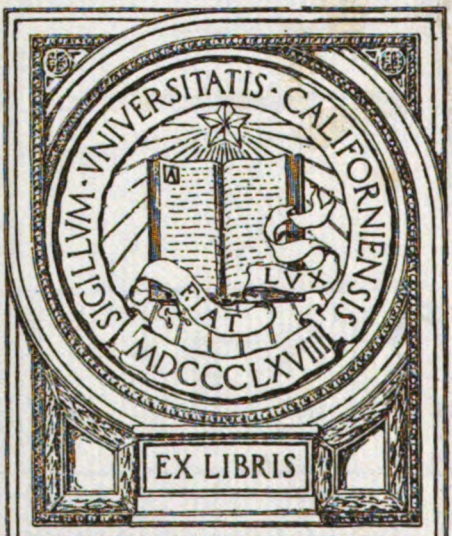
MDCCCLXVIII

EX LIBRIS

Digitized by Google

Digitized by Google

MEDICAL SCHOOL
LIBRARY



EX LIBRIS

Digitized by Google

Digitized by Google

Digitized by Google

Digitized by Google

Digitized by Google

DERMATOLOGISCHE WOCHENSCHRIFT

GEGRÜNDET VON P. G. UNNA

UNTER MITWIRKUNG VON

A. ALEXANDER-Berlin, J. ALMKVIST-Stockholm, E. ARNING-Hamburg, L. ARZT-Wien, B. BERON-Sofia, S. BETTMANN-Heidelberg, H. BOAS-Kopenhagen, M. BOCKHART-Wiesbaden, P. L. BOSELLINI-Rom, C. BRUCK-Altona, C. BRUHNS-Berlin, E. BRUUSGAARD-Oslo, A. BUSCHKE-Berlin, J. CAPPELLI-Florenz, K. DOHI-Tokio, M. F. ENGMAN-St. Louis, J. FABRY-Dortmund, E. FINGER-Wien, W. FISCHER-Berlin, E. FREUND-Triest, R. FRÜHWALD-Chemnitz, E. GALEWSKY-Dresden, O. GANS-Heidelberg, J. HELLER-Charlottenburg, K. HERXHEIMER-Frankfurt a. M., E. HOFFMANN-Bonn, H. HÜBNER-Salzuflen, W. IWANOW-Moskau, J. JADASSOHN-Breslau, A. JORDAN-Moskau, M. JOSEPH-Berlin, W. KERL-Wien, E. KLAUSNER-Prag, V. KLINGMÜLLER-Kiel, W. KOLLE-Frankfurt a. M., A. KOLLMANN-Leipzig, E. KROMAYER-Berlin, F. v. KRZYSZTALOWICZ-Warschau, R. LEDERMANN-Berlin, L. LEVEN-Elberfeld, H. P. LIE-Bergen, R. MATZENAUER-Graz, E. MEIROWSKY-Köln, S. MENDES DA COSTA-Amsterdam, G. MESTSCHERSKY-Moskau, L. MOBERG-Stockholm, V. MONTESANO-Rom, P. MULZER-Hamburg, O. NAST-Danzig, E. NATHAN-Nürnberg, L. NIELSEN-Kopenhagen, P. NIKOLSKI-Rostow a. D., G. NOBL-Wien, M. OPPENHEIM-Wien, T. PAWLOW-Leningrad, M. PELAGATTI-Parma, A. PERUTZ-Wien, F. PINKUS-Berlin, S. POLLITZER-New York, C. RASCH-Kopenhagen, E. RIECKE-Göttingen, H. RITTER-Hamburg, P. RUSCH-Wien, F. SAMBERGER-Prag, J. F. SCHAMBERG-Philadelphia, W. SCHOLTZ-Königsberg i. Pr., W. SCHÖNFELD-Greifswald, K. SCHREINER-Graz, J. SCHUMACHER-Berlin, E. SEDERHOLM-Stockholm, G. STÜMPKE-Hannover, L. TÖRÖK-Budapest, A. TRÉB-Brünn, P. UHLENHUTH-Freiburg i. B., K. ULLMANN-Wien, F. v. VERESS-Klausenburg, H. VÖRNER-Leipzig, W. WECHSELMANN-Berlin, J. WERTHER-Dresden, CH. J. WHITE-Boston, P. WICHMANN-Hamburg, U. J. WILE-Ann Arbor, F. WINKLER-Wien, K. ZIELER-Würzburg

HERAUSGEGEBEN VON

J. H. RILLE — LEIPZIG
E. DELBANCO — HAMBURG
F. CALLOMON — DESSAU
P. UNNA JUN. — HAMBURG

NEUNZIGSTER BAND

1930

JANUAR BIS JUNI (Nr. 1—26)

MIT 3 MEHRFARBIGEN UND 109 SCHWARZEN ABBILDUNGEN IM TEXT

LEIPZIG / VERLAG VON LEOPOLD VOSS / 1930

Digitized by Google

UNIV OF CALIF
MEDICAL SCHOOL

Druck von Grimme & Trömel in Leipzig

Digitized by Google

Inhaltsverzeichnis

Originalarbeiten

	Seite
Beitrag zur Klinik der sog. klimatischen Bubonen (105 Fälle). Von H. Ruge	1
Zur Spirozidbehandlung der Lues I. Von L. Kumer	11
Dermatologische Erwägungen zur „Zweiten Verordnung über die Ausdehnung der Unfallversicherung auf Berufskrankheiten vom 11. II. 1929". Von S. Fuss	13
Albert Jesionek zu seinem 60. Geburtstag 9. Januar 1930 gewidmet. Von S. Rothman	45
Über den Typus inversus des Erythema multiforme und eine bisher unbekannte deletäre Form von Leucaemia cutis. Von J. H. Rille	46
Über die Frage der Askenbildung bei Trichophyten und Achorien bei dem Verfahren nach Wilenczyk und über „Organes nodulaires". Von C. Bruhns	49
Naevus pigmentosus pilorus bei Mutter und Kind an derselben Stelle. Von Meirowsky	54
Über nicht luetische syphilisähnliche Exantheme an den äußeren Genitalien weiblicher Kinder. a) Lichen obtusus vulvae. b) Pseudosyphilis der Genitalien (Lipschütz). Von A. Alexander	56
Periporale Keratodermie nach Poliomyelitis. Von O. Gans	63
Über Seifenfett. Von J. Geppert und W. Schultze	67
Hautfunktion und hypertonische Kochsalzlösung. Von W. Engelhardt	72
Die Chemotherapie der Gonorrhoe mit Acridinfarbstoffen. Von W. Engelhardt und O. Dahlem	75
Das Lenigallol in der dermatologischen Praxis. Von W. Engelhardt u. K. Welcker	83
Über die Behandlung des Schleimhautlupus mit salzarmer Kost. Von L. Bernhardt	87
Über Hautblastomykose des Gesichts. Von W. Boehm	92
Überempfindlichkeit gegen Hartgeld. Von S. Rothman	98
Die Silberreaktion an der Hautoberfläche bei Vitiligo und bei anderen Pigmentationsstörungen. Reflexionen über die erhöhte, wie herabgesetzte Sensibilität bei Vitiligo. Von D. L. Woronoff	105
Die Ergebnisse der zweiten Laboratoriumskonferenz über die Serodiagnose der Syphilis in Kopenhagen. Von H. Martenstein	111
Beitrag zur Technik der Krampfadernverödung. Von E. Steiner	118
Urethrographie bei Gonorrhoe des Mannes und bei der Frau. Von R. Frühwald	133
Das Guttadiaphotverfahren beim Abklingen klinischer Erscheinungen der Geschlechtskrankheiten. Von R. Doctor	143
Veränderungen der Hautfelderung an der Leiche. Von Bettmann	161
Beitrag zur Kenntnis und Therapie des pompholyziformen Schizosaccharomykids (sog. „echte", „amykotische" Dyshidrosis). Von T. Benedek und U. Greif	166
Fragen der Röntgendosierung. Von Görl	177
Schlußwort zu vorstehender Arbeit. Von Stern	182
Beitrag zur Ätiologie der Urtikaria. Von Jan Skála-Rosenbaum	205
Über die durch Salvarsantherapie entstandenen und künstlich erzeugten Reaktionen sowie über ihre Wirkung auf die Spirochaeta pallida und die Lues. Von Gj. Gjorgjević und S. Bugarski	209
Zweiter Beitrag zur Klinik der anormalen Lichenifikation. Von B. Beron	233
Hemiatrophia alternans facialis progressiva mit halbseitiger Alopezia, Pigmentverschiebung und Hautatrophie. Von E. Bernstein	235
Über Verwendung der Iontophorese zur Behandlung von Erkrankungen der Haut. Von E. Kästenbaum	238

25981

Digitized by Google

Seite

Über die potentielle Blutserumreaktion insbesondere bei Hautkranken und Graviden. Von C. Bruck 243
Neuere Erkenntnisse über das Wesen der Psoriasis. Von F. Šamberger 261
Über Wismutinfarkte und ihre Verhütung. Von Svend Lomholt 278
Über die Histopathologie der klimatischen Bubonen. Von R. Hoeppli 305
Über abortive Skabies. Von R. Kulisch 315
Über die angebliche Gefährlichkeit intravenöser Gonokokkenvakzineinjektionen. Von Blümmers und Lilienstein 316
Über zwei schwere Unfälle mit Trypaflavin. Von W. Treuherz 317
Über mechanisch bedingte Nagelveränderungen. Von Karl Herxheimer und Erich Uhlmann 333
Über Frühfälle von Elephantiasis nostras. Von Fr. Wirz 336
Weiterer Beitrag zur Klinik des Angiokeratoma naeviforme (Naevus angiokeratosus). Von J. Fabry 339
Zur Feststellung der chronischen Bulbusgonorrhoe: Bulbusirrigationsprobe und Bulbusendoskopie. Von J. Leyberg 341
Louis Philippson. Von L. Török 344
Serumkrankheit und Rotlaufimmunbehandlung beim Erysipeloid. Von F. Callomon 361
Beiträge zu der Pathologie und Therapie der humanen Mikrosporie. Von Eduard Neuber 366
Kasuistische Beiträge zur Kenntnis der nichtvenerischen Genitalerkrankungen. Von K. v. Berde 370
Beitrag zur Kenntnis der Lues congenita in zweiter Generation. Von Anton Trýb 378
Ein Fall von Pseudosyphiloma anorectale mykotischer Ätiologie (Kladiosis). Von Ludwig Fleck 379
Zwei Fälle von Diphtherie der Haut. Von Reidar Schroeder und Harald Boas 405
Uran in der Dermatologie. Von Hans Truttwin 406
Die zweite Verordnung über die Ausdehnung der Unfallversicherung auf Berufskrankheiten in ihrer Bedeutung für die Dermatologie. Von Chajes 408
Bemerkung zu der Arbeit von J. J. Stutzin: „Über den Mißbrauch der Prostatamassage". Von Walter Treuherz 416
Schlußwort. Von J. J. Stutzin 418
Über Naevus atrophicans unilateralis comedonicus. Von A. Matras 433
Zur Diagnose und Therapie der Lepra mit Berücksichtigung der intravenösen Injektion von Jodnatriumlösung. Von T. Aoki und Y. Aoki 438
Zur Geschichte der Entfernung unerwünschter Haare. Von M. Friedmann . . . 451
Kurze Notiz zur Behandlung der Urethritis non gonorrhoica. Von G. Stümpke 452
Über einen Fall von Ratanhiadermatitis (Idiosynkrasie gegen Ratanhiagerbsäure). Von R. Lewith und H. Langecker 477
Die desensibilisierende Wirkung der Höhensonne als Heilfaktor bei einem Berufsekzem (Saxophondermatitis). Von M. Fellner 480
Über Färbung von Fadenpilzen in Kulturen. Von Adolf Boss 482
Über Intrakutanreaktionen bei Fällen von Syphilis und Nichtsyphilis mit Spirotest und Rückenmarksflüssigkeit. Von W. Schütze 485
Zur Frage über den epidemiologischen Gegensatz zwischen Ulcus molle und Skabies. Von M. G. Choroschin 489
Multiple Hautinfekte bei Milzbrandübertragung. Von F. Callomon 505
Über die Wasserstoffionenkonzentration der in der Dermatologie verwendeten offizinellen Umschlagwasser. Von A. Perutz und P. Lustig 509
Über die Desinfektionswirkung einiger Waschmittel auf pathogene Hautkeime. Von E. Kadisch 514
Zur Behandlung des Lupus erythematosus mit Lopion. Von R. Kulisch 517
Erblichkeit bei Hautkrankheiten. Von Hugo Hecht 533
Zum Mechanismus der Balneotherapie bei der Syphilis. II. Teil. Von N. Efron und S. Orlow 537
Die histologischen Grundlagen der therapeutischen Beeinflußbarkeit von Hautrunzeln. Friedrich Fischl 546
Zur Tripperfrage. Von Ernst Riebes 551
Bemerkungen zur Symptomatologie und Therapie der Induratio penis plastica. Von W. Gent 554

Digitized by Google

Seite
Hautveränderungen durch Cercaria ocellata. Von Hans Vogel 577
Eine tatsächliche Feststellung zum Schlußwort des Herrn Meirowsky. Von E. Hoffmann 582
Eine tatsächliche Feststellung zur „tatsächlichen Feststellung" des Herrn Hoffmann. Von E. Meirowsky 582
Schwankungen im Verlauf der Gonorrhoe. Von G. Stümpke 583
Edmund Saalfeld. Von J. Heller 590
Ein Fall von Acrodermatitis continua (Hallopeau). Von Hermann Hees 605
Ein Fall von Lymphogranulomatose mit eigenartiger Keratinisationsstörung der Haut. Von F. Poór 609
Alopecia areata und akute Infektionskrankheiten. Von S. K. Rosenthal 612
Ein Fall von Chromoblastomykose. Von N. G. Pozojewa 615
Neosalvarsan bei Herpes recidivans necroticus. Von Paul Balog 617
Über einen Fall von Primäraffekt auf einer frischen Douglasinzisionsnarbe. Von Carl Haack 618
Schizosaccharomykid mit pityriasiformen und pompholyziformen Effloreszenzen (Pityriasis rosea Gibert und Pompholyx Hutchinson). Von T. Benedek 633
Über Pseudopelade Brocq. Von A. D. Troitzkaja 642
Ideen über die Erklärung der Quecksilberwirkung im syphilitischen Organismus mit besonderer Berücksichtigung der Anhäufung des Quecksilbers im gesunden und im kranken Hautgewebe. Von Eduard Neuber 647
Die prophylaktische Zirkumzision. Von Henryk Leuchter 653
Über juxtaartikuläre Knotenbildung bei Syphilitikern. Von Fr. Stern 677
Zur Frage der Pilzerkrankungen der Augenlider und Wimpern. Von A. Arijewitsch 683
Akroasphyxie der Hände mit blander Resorption der Fingerenden. Von Carl Klieneberger 685
Über die Röntgenbehandlung der Paget Disease. Von I. Muende 687
Beitrag zur Kenntnis der hämatogenen Hautmetastasen bei Ulcus vulvae acutum. Von Fr. Walter und I. Roman 706
Atrophodermia vermicularis der Backen. Von J. J. Zoon 710
Alte und neue Anwendungsmöglichkeiten der deutschen Kamille in der dermatologischen und urologischen Praxis. Von J. Isar 712
Hat die Zahl der syphilitischen Infektionen in Ungarn abgenommen? Von K. v. Berde 715
Feigenbaumdermatitis. Von Chaim Berlin 733
Nachweis eines allergischen Zustandes bei Herpes menstrualis. Von H. Geber und E. Rajka 737
Die Behandlung der Hauttuberkulose mittels Jodlebertraninjektionen nach Jaczewski. Von O. Blatt 741
Ein elastischer Massagedehner für die vordere Harnröhre. Von W. Struve und H. Felke 745
Kasuistischer Beitrag zur Esthiomène. Von Fr. Weinberger 761
Über nach Chromsäuredermatitis entstandene Vitiligo mit überempfindlicher lichenoider Randzone. Von Werther 766
Über Myasthenia pseudoparalytica, wahrscheinlich auf kongenital-luischer Basis. Von Klara Oppermann 769
Untersuchungen über die neue Schnellreaktion nach Kahn. Von H. Boas 771
Über klinische Erfahrungen mit Urandil. Von Dufke 789
Über das Vorkommen unspezifischer Hemmungen bei der Wassermannschen Reaktion. Von H. Nagel 795
Zur Beurteilung der trophischen Störungen bei Syringomyelie. Von Ph. Kraft . 817
Zur Behandlung schmerzhafter und juckenerregender Dermatosen. Von W. Freischmidt 836
Die Behandlung der Psoriasis, der Ekzeme und pruriginösen Dermatosen mit Ochrosilpräparaten. Von K. Schindler 861
Zur Diskussion über Entwicklungsformen der Spirochaeta pallida. Von L. v. Zumbusch 869

Versammlungen

Berliner Dermatologische Gesellschaft 145, 591, 619, 689, 774
Bulgarische Dermatologische Gesellschaft 247, 869

Digitized by Google

Seite

Deutsche Dermatologische Gesellschaft in der tschechoslowakischen Republik 383, 556, 656
Frankfurter Dermatologische Vereinigung 219
Internationaler Kongreß für Aktinologie 419
Lemberger Dermatologische Gesellschaft 490
Niederländische Vereinigung von Dermatologen und Vereinigung rheinisch-westfälischer Dermatologen in Köln 837
Nordwestdeutsche Dermatologen-Vereinigung und Dermatologische Gesellschaft Hamburg-Altona 346
Tschechoslowakische dermato-venerologische Gesellschaft 518
Ungarische Dermatologische Gesellschaft, Budapest 21, 746
Verein Dresdner Dermatologen 318, 803
Wiener Dermatologische Gesellschaft 286, 455

Fachzeitschriften

Acta Dermatologica (Japan) 122, 562
Acta Dermato-Venereologica 324, 664
Actas Dermo-Sifiliograficas 35, 750
Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie 356, 389, 665, 847
Annales des Maladies Vénériennes 34, 395, 748, 872
Archiv für Dermatologie und Syphilis 185, 594
Archives dermato-syphiligraphiques de la Clinique de L'Hôpital Saint-Louis 148, 848
Archives of Dermatology and Syphilology 222, 625, 805
Archivio Italiano di Dermatologia, Sifilografia e Venerologia 493
Bulletin de la Société Française de Dermatologie et de Syphiligraphie 694
Česká Dermatologie 564
Dermatologia 563
Dermatologische Zeitschrift 189, 622, 782
Giornale Italiano di Dermatologia e Sifilologia 150, 463
Il Dermosifilografo 459
Internationaler Dermatologenkongreß Kopenhagen 875
Japanese Journal of Dermatology and Urology 100, 121
Journal d'Urologie 99, 420, 749
Proceedings of the Royal Society of Medicine. Section of Dermatology . . . 323, 846
Réunion annuelle de la Société suisse de Dermatologie et de Vénérologie 721
Réunion Dermatologique de Lyon 31, 718
Réunion Dermatologique de Nancy 32
Réunion Dermatologique de Strasbourg 29
Revue Française de Dermatologie et de Vénéreologie 392, 693, 850
Russkij Westnik Dermatologii 559
The American Journal of Syphilis 250
The British Journal of Dermatology and Syphilis 248, 806
The British Journal of Urology 321, 663
The British Journal of Venereal Diseases 289, 808
The Urologic and Cutaneous Review 290, 660, 843
Venerologia und Dermatologia 119, 520
Zeitschrift für Urologie 192, 624, 804

Personalien: 44, 104, 160, 204, 232, 260, 304, 360, 476, 504, 532, 576, 604, 632, 704, 732, 788, 816, 860.

Digitized by Google

Dermatologische Wochenschrift

Nr. 1 (Bd. 90) 4. Januar 1930

Aus dem Institut für Schiffs- und Tropenkrankheiten zu Hamburg (Leiter: Obermedizinalrat Prof. Dr. B. Nocht; Klinische Abteilung, Vorsteher: Prof. Dr. P. Mühlens)

Beitrag zur Klinik der sog. klimatischen Bubonen (105 Fälle)

Von

Dr. Heinrich Ruge, Marinestabsarzt, kommandiert zum Institut

Mit 4 Abbildungen im Text

Das vorliegende Material umfaßt 105 (102) Fälle vom 1. VIII. 1925 bis zum 31. VII. 1929 und bildet damit in gewisser Weise eine Fortsetzung der Arbeit von Günther aus dem Jahre 1925, der die Fälle von 1921 bis 31. VII. 1925 verarbeitete.

Die nachstehende graphische Darstellung zeigt die Zugänge an klimatischen Bubonen absolut und im Verhältnis zum Gesamtzugang.

Schon vor dem Kriege sehen wir den Bubo vom Jahre 1911 ab etwas häufiger werden, immerhin bewegen sich seine Zugangszahlen — bezogen auf den Gesamtzugang — etwa bei 0,4 %. Im Verhältnis zu den anderen Aufnahmen spielt also der Bubo eine ziemlich geringe Rolle. Während des Kriegs sieht man überhaupt keine Fälle, und die ersten Nachkriegsjahre halten sich absolut und prozentual etwa auf der Höhe der Jahre von 1911—1914. Erst im Jahre 1924 — d. h. nach Überwindung der Inflation — schnellen die Zahlen empor, um bisher mit dem Jahre 1928 den höchsten Stand — rund den 27fachen Durchschnittsstand der Jahre 1901—1914 — zu erreichen.

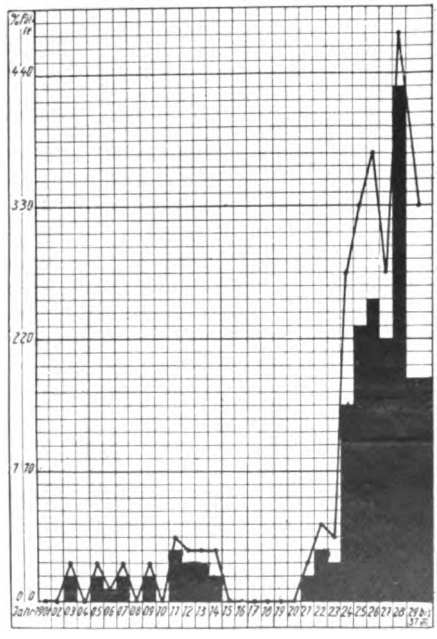


Abb. 1. Zugänge an klimatischem Bubo 1901 bis 31. VIII. 1929

■ = 1 Fall. ·—·—· = prozentual zum Gesamtkrankenzugang

Digitized by Google

Es kommen:							
1901—1910	auf	5703	Kranke	9	Fälle	von Bubo	= 0,16 %
1911—1914	„	2768	„	12	„	„ „	= 0,43 %
1915—1920	„	889	„	0	„	„ „	= 0 %
1922—1923	„	1905	„	9	„	„ „	= 0,47 %
1924—1929 (31. VII.)		4364	„	135	„	„ „	= 3,10 %
1901—1929	auf	15629	Kranke	165	Fälle	von Bubo	= 1,06 %

Bei den Erkrankten von 1920 ab handelte es sich mit 3 Ausnahmen um Seeleute, somit findet die Vermutung von GÜNTHER, daß die Zunahme der klimatischen Bubonen durch den wachsenden Schiffsverkehr bedingt ist, durch die vorliegenden Zahlen in gewisser Weise ihre Bestätigung. Allerdings kommen sicherlich noch andere Umstände in Frage, deren Ursachen nicht so ohne weiteres klar liegen. Zunächst ist durch die verhältnismäßig recht zahlreichen Veröffentlichungen in der letzten Zeit die Aufmerksamkeit erneut auf diese Erkrankung gelenkt, und es hat sich herausgestellt, daß sie allem Anschein nach nicht nur im Auslande vorkommt, sondern auch im Inland schon in früheren Jahrzehnten von manchen Forschern beschrieben, aber hier offenbar wegen ihres verhältnismäßig seltenen Auftretens in späterer Zeit wieder vergessen oder verkannt worden ist. Immerhin ist aber, soweit man aus den einzelnen Veröffentlichungen Schlüsse ziehen darf, die Erkrankung tatsächlich auch häufiger geworden. Demnach kommt wahrscheinlich eine autochthone und eine Zunahme durch Steigerung des Verkehrs mit dem Auslande in Frage. Für den letzten Umstand spricht in gewisser Weise die Tatsache, daß von den Ansteckungsorten für das vorliegende Material allein 7 mal Hamburg genannt ist. Leider ist auch hier ein klares Bild aus den vorliegenden Unterlagen nicht zu gewinnen, da es sich, wie schon gesagt, bei den Kranken fast nur um Seeleute handelt, von denen sich 94 % ihre Erkrankung im Auslande holten.

Als Erkrankungsort wurde angegeben:

Europa		Asien		Afrika		Amerika		Australien	
Deutschland:		Niederländ.		Westafrika	14	Ver. Staaten	2	Australien	
Hamburg 7	8	Indien . .	27	Afrika ohne		Mitt.-Amer. .	5	ohne näh.	
Emden . 1		Brit. Indien .	5	näh. Angabe . .	2	Brasilien . .	12	Angabe .	1
Spanien . . .	2	China	2			Südamerika			
Italien	1	Japan	1			ohne näh.			
Rußland . . .	1	Asien ohne				Angaben .	13		
Schwarzes		näh. Ang.	3						
Meer . . .	3								
	15		38		16		32		1

Die Erkrankten verteilen sich auf folgende Berufe:

Matrosen	35
Heizer und Trimmer (1 Inder, 1 Chinese) . .	34
Stewards und Köche	20
Offiziere und Steuerleute	10
Maschinisten und Ingenieure	3
Kaufleute	2
Schmiede	1
Zusammen	105

Digitized by Google

Von diesen 105 Leuten war nur ein einziger — der Schmied — niemals im Auslande gewesen.

Hinsichtlich der Rasse ist zu bemerken, daß nur 2 Farbige unter den Erkrankten waren, 1 Inder, 1 Chinese. Es findet damit die bereits von anderer Seite erwähnte Tatsache, daß bei Farbigen Bubonen verhältnismäßig selten vorkommen, ihre Bestätigung.

Die einzelnen Monate wiesen folgende Zahlen auf:

1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	9.	10.	11.	12.	Zus.	Jahr
—	—	—	—	—	—	—	2	2	1	—	1	7	ab 1. VII. 1925
1	—	3	4	4	1	2	2	1	2	2	1	23	1926
—	—	1	1	—	2	3	1	2	4	3	3	20	1927
1	1	2	6	2	4	7	8	3	2	1	2	39	1928
2	3	1	3	3	3	1	—	—	—	—	—	16	bis 31. VII. 1929
Zus. 4	4	7	14	9	10	13	13	8	9	6	7	105	

Die Höhe der monatlichen Zugänge ist natürlich von den Zahlen der einlaufenden Schiffe abhängig. Mithin können Schlußfolgerungen auf die Bevorzugung bestimmter Monate nicht gezogen werden.

Als Ursache der Erkrankung ist für etwa vier Fünftel aller Fälle der Geschlechtsverkehr — fast ausschließlich der mit farbigen Weibern — anzusehen. Besonders wird diese Annahme durch die Beobachtung von sogenannten Partnerfällen gestützt. Nach den Angaben der hier behandelten Kranken zeigte sich hinsichtlich dieses Punktes folgendes. Es wurden angegeben als mutmaßliche Ursachen:

Geschlechtsverkehr . . .	66 mal
Verletzung und Verkehr .	5 mal
Verletzung	2 mal
Kein Verkehr, keine Verletzung	7 mal
Keine Angaben	22 mal
	102 mal

} d. h. von 80 sicheren Angaben wurden 66- bzw. 71 mal Geschlechtsverkehr als Ursache angeschuldigt, das sind 83 bzw. 89 %

Dafür, daß eine geschlechtliche Infektion in der Mehrzahl der Fälle in Frage kommt, spricht auch das Alter der Erkrankten. Es verteilen sich die Fälle wie folgt:

Alter der Erkrankten

Jahre:	16—20	21—25	26—30	31—35	36—40	41—50	über 50	zusammen
Fälle:	16	46	22	8	7	5	1	105

Die Inkubation betrug — soweit sich genaue Angaben finden — bei den durch den Geschlechtsverkehr angesteckten Leuten im Durchschnitt 30 Tage.

Auftreten des Bubos nach Tagen

Tage:	5—10	11—20	21—30	31—40	41—50	über 50	zusammen
Fälle:	5	12	15	5	10	5	52

Untersuchungen über die Natur des Erregers verliefen auch hier trotz zahlreicher Züchtungs- und Tierversuche (Verimpfungen, Ein-

Digitized by Google

pflanzungen von Drüsengewebe in entmilzte Ratten — Vorsicht: Verwechslung mit Bartonelleninfektion, daher nach Entmilzung 3 mg Salvarsan geben!) völlig ergebnislos.

Die Erkrankung setzte meist schleichend und fieberlos ein, nur in 12 Fällen begann sie plötzlich mit Fieber und Schüttelfrost. Im Verlaufe von Wochen und Monaten kommt es dann zu ausgedehnten Schwellungen der Leistendrüsen der einen oder beider Seiten. Die Drüsen verbacken zu apfelgroßen oder noch größeren Geschwülsten. Dann bilden sich an verschiedenen Stellen eitrige Einschmelzungen, die spontan aufgehen und deren Öffnungen trotz Entleerung des Eiters noch monatelang als Fisteln bestehen bleiben können. Nur ein Teil der Bubonen vereitert nicht, sondern es bleibt eine mehr oder weniger verhärtete Schwellung mit oder ohne entzündlich gerötete Haut, die sich auf der Oberfläche meist noch etwas verschieben läßt. Die kleineren Bubonen sind sehr oft auf ihrer Unterlage beweglich. Auch dieses Stadium vermag sich über Monate zu erstrecken. Diese letzte Art der Bubonen wird dann auch mit dem Allerweltsnamen „strumöser Bubo" belegt. In der letzten Zeit sind fistelnde Fälle kaum noch in Behandlung gelangt, weil von den Ärzten an Bord bei Beginn der Schwellung bereits Einschnitte gemacht wurden, die das eigentliche Krankheitsbild nicht mehr zur völligen Entwicklung kommen ließen. Die Größe der Geschwülste schwankt durchweg zwischen Walnuß- und Faustgröße. Bei einem sehr großen Teil sind auch die Beckenlymphdrüsen befallen und vergrößert fühlbar. Im einzelnen wurden folgende Befunde erhoben:

Stärke der Drüsenschwellung

Befallen	Walnußgroß		Pflaumengroß		Hühnereigroß		Faustgroß		Beckendrüsen fühlbar
	rechts	links	rechts	links	rechts	links	rechts	links	
Beide Seiten 28mal . .	13	2	15	5	13	3	3	2	10
Rechte Seite 40mal . .	10	—	13	—	10	—	7	—	12
Linke Seite 34mal . .	—	5	—	12	—	10	—	7	18

Sogenannte Primärläsionen haben wir nur vereinzelt gesehen, das mag damit zusammenhängen, daß die Leute meist etwa 4—6 Wochen nach Auftreten des Bubos in Behandlung kommen, und daß inzwischen die Läsionen abgeheilt sind. Irgend welchen charakteristischen Befund bieten diese „Primäraffekte" nicht dar. Sie sind etwa 3—4 qmm groß und machen eigentlich nur den Eindruck eines oberflächlichen Epitheldefektes. Schmieriger Belag ist entweder durch Sekundär- oder gleichzeitiger Infektion mit Ulcus molle bedingt.

Bakteriologische Untersuchungen verliefen völlig ergebnislos.

Zu bemerken ist, daß ein großer Teil der Leute selbst bei mehrfach wiederholter Befragung angibt, niemals irgend welche Abschürfungen an den Genitalien bemerkt zu haben. Demnach ist also hier der sogenannte „bubon d'emblée" recht häufig.

Digitized by Google

Das Allgemeinbefinden leidet durchweg nicht sehr. Fieber — meist nicht über 38,5° — findet sich in 65 Fällen = rund zwei Drittel. Mit Einleitung einer entsprechenden Behandlung sinkt das Fieber meist rasch ab. Nicht so selten kommt es zu schubweisen Fieberanfällen, die ebenfalls erst nach Entfernung des Bubos aufhören (siehe Abb. 2).

Es wurden über 350 Blutuntersuchungen angestellt. Die roten Blutkörperchen zeigten keine Veränderungen, das Hämoglobin hatte meist normale Werte. Sehr oft fand sich eine Leukozytose zwischen 10000 bis 22000, besonders in der Zeit der Fieberanfälle. Die Neutrophilie war meist deutlich ausgesprochen, die Linksverschiebung dagegen weniger. Später traten die Lymphozyten und besonders die Einkernigen bei leicht erhöhten Gesamtwerten in den Vordergrund. Besonders ausgeprägt war dieses Verhalten nach operativen Eingriffen. Mit dem Rückgang der Bubonen kehrte das weiße Blutbild langsam zur Norm zurück. In manchen Fällen dauerte dieser Rückgang verhältnismäßig lange und war durch Rückfälle (im Blutbild) unterbrochen und verzögert. Bei einem ziemlich hartnäckigen Fall mit starker Beeinträchtigung des Allgemeinbefindens ließen sich mehrfach Myelozyten nachweisen.

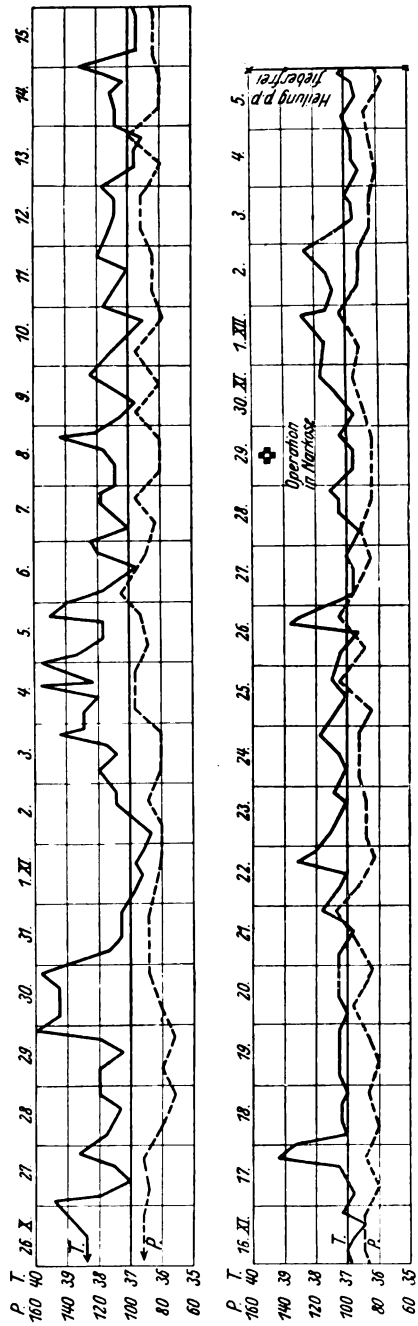


Abb. 2 Entfernung der ganzen Drüse

Komplikationen sind im Verlaufe selten. Hier kam es einmal zu mehrfachen Phlegmonen und einmal zu einer Phlegmone nach Entfernung des Bubo. Derartig unerwünschte Zufälle sind offenbar nicht der mangelhaften Technik oder Asepsis zuzuschreiben, sondern liegen in der Krank-

Digitized by Google

heit selbst begründet. Denn von anderer Seite erfuhren wir, daß auch in Südamerika, wo der Bubo ziemlich häufig ist, nach operativer Entfernung Phlegmonen auftreten, und daß diese Tatsache allgemein bekannt ist.

Fall 1: Nr. 99, 1926. 30jähriger Matrose, aufgenommen 1. III., entlassen 10. VIII. mit 3 Wochen Schonung.

1921 linksseitige Leistendrüsenschwellung in Ostasien. Nach Verlassen der Tropen Rückgang. 1923 Bubo rechts, Einschnitt. Jetzt am 23. II. 1926 mit Fieber und Leistendrüsenschwellung links erkrankt. Ansteckungsort: Vereinigte Staaten, Westküste.

Befund: Mittelgroßer, kräftiger Mann in genügendem Ernährungszustand. Innere Organe o. B. In der linken Leistengegend 2 taubeneigroße harte Drüsen, die wenig verschieblich sind, intermittierendes Fieber. 8. III. Entfernung der Drüsen, starke Lymphabsonderung aus der Wunde. 19. III. Angina. Milz undeutlich fühlbar. Langsames Zugranulieren der Operationswunde. Antimonbehandlung. 10. IV. Unterhalb der Operationswunde neue Drüse. Fieber. Entfernung der walnußgroßen Drüse. Drüse steht mit der alten Wunde durch Fistel in Verbindung. Auskratzen, reichliche Wundabsonderung, dauernd Temperaturen. 27. IV. Phlegmonöse Schwellung an der Innenseite der unteren Hälfte des linken Oberschenkels. 5. V. Langsamer Rückgang. Wunde fast geschlossen. 13. V. Ausbildung eines ähnlichen Prozesses unterhalb des linken Leistenbandes. WR negativ. 19. VI. Spaltung der Phlegmone, morsches Gewebe mit zahlreichen multiplen Abszessen. Fieber. 14. VI. Lymphangitischer Strang am linken Oberschenkel. Röntgenbild o. B. Schlaffe Granulationen. Massage, Bewegung des Hüftgelenks. 20. VII. Gewichtsabnahme, Insulinkur. Allmähliches Zuheilen der Inzisionswunde. 10. VIII. Wunde verheilt. Bei längerem Stehen noch leichte Schwellung des linken Beines. Mit Schonung entlassen.

Abb. 3. Abszeßnarben nach Phlegmonen bei klimatischem Bubo

Fall 2: Nr. 157, 1929. 24jähriger Reiniger, aufgenommen 2. III., entlassen 3. V.; Ostasienfahrt. Nach Rückkehr in Hamburg bohnengroße Schwellung in der rechten Leiste, die immer größer wurde. Anfang Januar Verletzung am linken Fuß.

Befund: Mittelgroß, kräftig, mittlerer Ernährungszustand, innere Organe o. B. In der rechten Leiste kinderfaustgroße Drüsenschwellung, etwas druckempfindlich, etwas verschieblich. In der Umgebung zahlreiche kleine Drüsenpakete, Beckenlymphdrüsen fühlbar. Neostibosan ohne Erfolg. Fieber. 23. III. Entfernung der Drüse in Narkose. Wunde sondert reichlich ab. Unter Schüttelfrost Bildung einer Phlegmone in der Umgebung des rechten Oberschenkels, die langsam weitergeht. Argochromeinläufe, feuchte Verbände, Ichthyol. 12. IV. Rückgang der Phlegmone. Operationswunde sieht gut aus. 22. IV. Wunde geschlossen. 3. V. entlassen. Gewichtszunahme 6,6 kg.

Neben diesen beiden Fällen kam noch ein Kranker zur Beobachtung, der vor 6 Jahren an einem — wie sich jetzt durch die Freische Impfung herausstellte — klimatischen Bubo und nicht, wie damals angenommen worden war, an einem Ulcus-molle-Bubo gelitten hatte. Die geschwollene Drüse war entfernt worden, und es hatten sich mehrfach abszedierende Phlegmone angeschlossen, so daß der Mann fast ein Jahr gelegen hatte und einige breite Inzisionen notwendig gewesen waren (siehe Abb. 3).

Digitized by Google

In drei Fällen bildeten sich, nachdem die Operationswunde glatt verheilt war, oberhalb bzw. unterhalb der Narbe ein Abszeß. Einmal täuschte er die Entstehung eines Schenkelbruches vor, doch das Blutbild sprach für einen entzündlichen Prozeß (22000, leichte Linksverschiebung). Die geöffneten Abszesse entleerten reichlich Eiter und verheilten verhältnismäßig rasch.

Erwähnt werden als Begleiterscheinungen: Rheumatismusähnliche Zeichen an den Gelenken und der Muskulatur. Sie sind in manchen Fällen mit Urtikaria und Erythema-nodosum-ähnlichen Hautveränderungen begleitet. Auch hier konnte eine derartige Beobachtung gemacht werden. Mit jedem Fieberanfall kam es zur Ausbildung eines urtikariellen Erythems. Die Anfälle und mit ihnen auch die Hauterscheinungen verschwanden erst nach Entfernung des Bubos.

Fall 3: Nr. 209, 1928. 21jähriger Matrose, aufgenommen 17. IV., entlassen 18. VI. 1928 zum Kassenarzt.

Seit Mitte Februar Fieber und Schwellung der linken Leistendrüsen. Kommt aus Mittelamerika. Vor 4 Wochen Ausschlag an beiden Beinen in Knötchenform, der drei Tage anhielt und mit Abfallen des Fiebers verschwand.

Befund: Mittelgroß, mittelkräftig, etwas blaß. Innere Organe o. B. In der linken Leistengegend mehrere pflaumengroße Drüsen, auch in der Tiefe Drüsen fühlbar. An der Streckseite beider Unterschenkel und im unteren Teil des Oberschenkels stecknadelkopf- bis fünfzigpfennigstückgroße, diffuse, leicht erhabene Rötung mit verschiedenartiger Begrenzung, zum Teil knötchenartige Einlagerungen und Verdickungen. Mäßige Schmerzhaftigkeit beim Drücken und Darüberstreichen. Fieber. 27. IV. fieberfrei, Ausschlag verschwunden. Bubo etwas zurückgegangen. 29. IV. erneutes Auftreten von Fieber, Schwellung des Bubos, Wiedererscheinen des Erythems, allerdings in etwas abgeschwächter Form. Klagen über Glieder- und Gelenkschmerzen. 6. V. Abfall des Fiebers, Wohlbefinden. Erythem verschwunden. 13. V. erneutes Fieber, mit Schwellung des Bubos und Wiedererscheinen des Erythems. 18. V. Abfall des Fiebers. Erythem bereits vorher abgeblaßt. 21. V. Exzision des Bubos, seit der Zeit keine Fieberanfälle und keine Erytheme mehr. 18. VI. zum Kassenarzt entlassen.

Histologische Untersuchung der Drüse: Typischer klimatischer Bubo (Dr. Hoeppli). Haut: Urtikarielles Erythem toxischer Natur (Prof. Delbanco).

In drei Fällen lag außerdem noch eine unspezifische Urethritis vor, die unter der üblichen Behandlung rasch abheilte. Die Frage muß offengelassen werden, ob es sich um ein zufälliges Zusammentreffen handelt oder ob diese Urethritis mit dem Bubo im Zusammenhang steht. Irgend welche Erreger ließen sich auch hier nicht feststellen.

Die Frei'sche Reaktion war in 28 geprüften Fällen einwandfrei positiv. Von diesen Fällen konnten 14 Fälle histologisch untersucht werden. In allen 14 Fällen lagen die für Bubo charakteristischen Veränderungen vor.

Die Diagnose ist in ausgeprägten Fällen nicht schwer. Differentialdiagnostisch kommen in Frage: Lues, Ulcus-molle-Bubo, Tuberkulose, Aktinomykose und Lymphdrüsenentzündung unspezifischer Art. Bei den uncharakteristischen Formen, wie z. B. dem sogenannten strumösen Bubo, stellt die Frei'sche Kutanreaktion ein wertvolles Hilfsmittel dar. Wir hatten hier mehrfach Gelegenheit, bei zweifelhaften Fällen den Wert der Reaktion zu erproben. Es empfiehlt sich daher, in allen unklaren Fällen die Frei'sche Reaktion anzustellen und nach Möglichkeit eine histologische Untersuchung vorzunehmen. Über die histologischen Ergebnisse wird Dr. Hoeppli in der nachfolgenden Arbeit berichten. Auf diese Weise wird man mit fast absoluter Sicher-

Digitized by Google

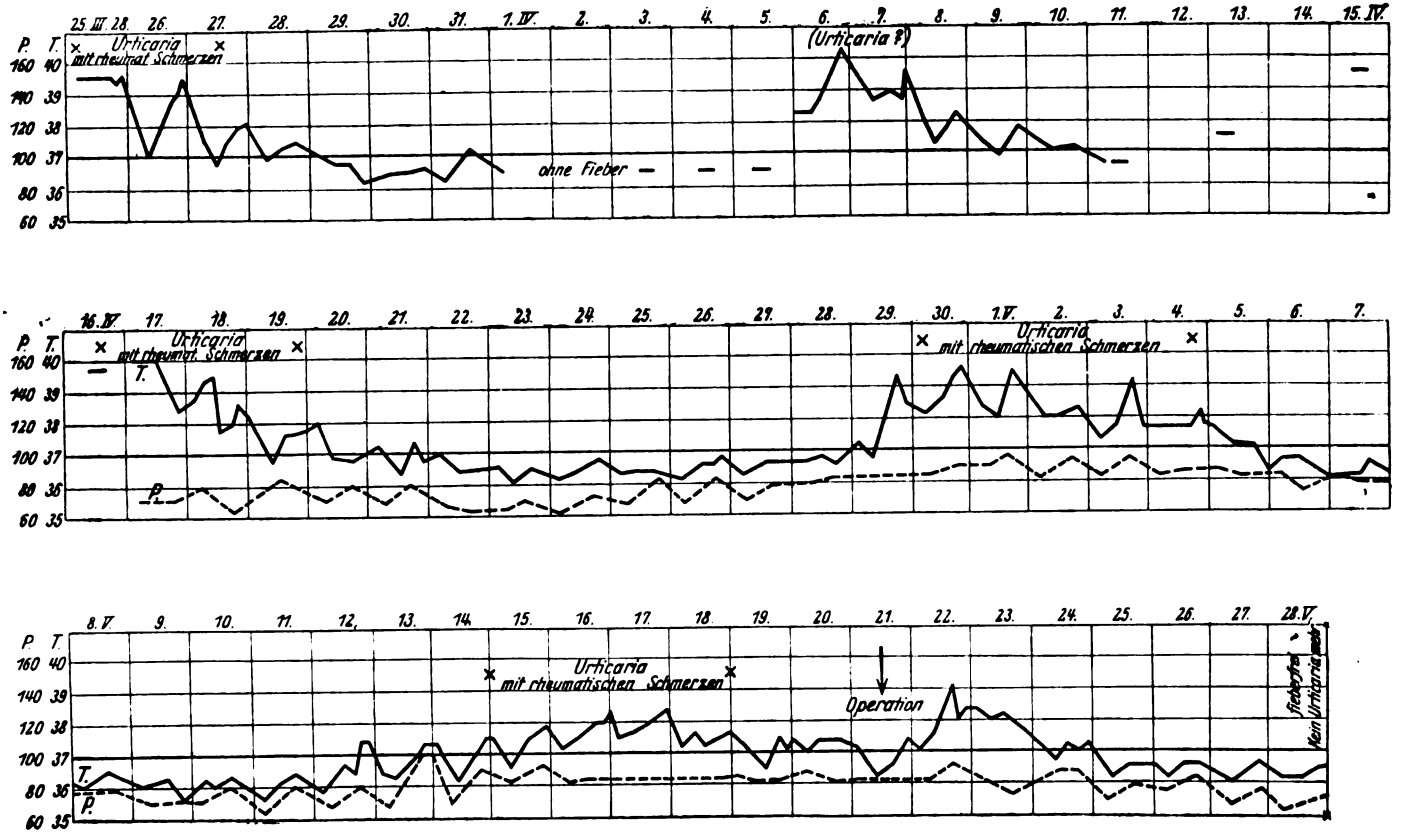


Abb. 4

Digitized by Google

heit eine richtige Diagnose stellen können. Die meist erbsengroße, rötliche, leicht erhabene Quaddel der Frei'schen Probe blieb durchweg 5 bis 6 Tage bestehen. Ihr Höhepunkt war nach etwa 48 Stunden erreicht. Die Ausführung der Reaktion hat nicht allein biologischen Wert, sondern ist auch, wie wir sehen werden, für die Einleitung einer entsprechenden Behandlung wichtig.

Zur Behandlung dieser Bubonen ist bisher eine Unzahl von Mitteln angegeben, schon ein Zeichen dafür, daß bisher eine wirklich durchweg brauchbare Behandlung noch nicht gefunden ist. Hier wurden versucht: unspezifische Behandlung (Wärme, Kälte, Eigenblut, Omnadin, Einspritzung einer 2%igen Yatrenlösung in den Bubo 1—2 ccm in 3—5tägigen Abständen mehrfach wiederholt, Typhusvakzine intravenös in steigenden Dosen von 0,2—1,0 ccm alle 5 Tage, Olobentin, Saprovitan). In manchen Fällen kam es zu einer gewissen Rückbildung, die dann aber nicht selten jeder weiteren Reizbehandlung trotzte. Nur in verhältnismäßig wenig Fällen ließ sich ein fast völliger Rückgang der Bubonen erzielen. Das gleiche gilt auch von der Chemotherapie. Hier wurden verwandt: Antimon- (Neostibosan-), Gold- (Lopion-) und Cer- (Introcid-) Präparate; auch Emetin und Jodkali wurden versucht.

Als das erfolgreichste Mittel — wie schon R. Ruge 1896 betont — erwies sich immer noch die Entfernung eines Teiles des morschen Drüsengewebes in Allgemeinnarkose (Pernocton-Äther). Die Wunden wurden je nach der Lage des einzelnen Falles ganz geschlossen, mit Drain versehen oder offen gelassen. Primäre Heilung gelingt nur dann, wenn es möglich ist, den nicht allzu großen (taubeneigroß) Bubo im ganzen herauszuschälen. Die Entfernung des gesamten Drüsengewebes ist nicht erforderlich. Es genügt vielmehr, wenn Teile des mit miliaren Abszessen durchsetzten Gewebes ausgeräumt werden. Die in der Tiefe häufig fühlbaren Beckendrücken gehen mit dieser Behandlung gleichzeitig von selbst zurück. Die einzig unangenehmen Folgen sind die schon erwähnten Phlegmone, die indessen nicht häufig auftreten. Todesfälle sind im Anschluß an derartige Prozesse bisher nicht vorgekommen. Postoperative Lymphstauungen lassen sich durch Vermeidung der Herausnahme von zu viel Drüsengewebe und vorsichtiges Ausräumen hintanhalten.

Gegen etwaige rheumatische Beschwerden werden Salizylpräparate verabfolgt, und sonst rein symptomatisch vorgegangen. Bei stark mitgenommenen Kranken wird die entsprechende Allgemeinbehandlung eingeleitet, sie ist allerdings nur selten erforderlich. Die chirurgische Behandlung hat den erwähnten Nachteil, dafür aber den Vorteil vor den anderen Behandlungsarten, daß die Kranken verhältnismäßig rasch wieder arbeitsfähig werden. Im allgemeinen wird man also die (teilweise) Entfernung des Drüsengewebes bei unkomplizierten Fällen als die Methode der Wahl ansehen müssen.

Im nachfolgenden ist die Dauer der Behandlung bei 87 Fällen zusammengestellt, die hier bis zur Wiederherstellung ihrer Arbeitsfähigkeit versorgt wurden. Dabei ist zu berücksichtigen, daß alle Fälle erst im Krankenhaus nach mehrwöchiger Behandlung an Bord oder ambulant beim Kassenarzt aufgenommen wurden. Auch hier wurde zunächst 14 Tage

Digitized by Google

bis 4 Wochen eine konservative Behandlung versucht. Es ergeben sich dabei recht erhebliche Behandlungszeiten.

Fälle	außerhalb behandelt	im Krankenhaus behandelt	zusammen
87	insgesamt 3023 Tage, durchschnittlich 36,8	insgesamt 5335 Tage, durchschnittlich 61,3	insgesamt 8358 Tage. durchschnittlich 98,1

Die Krankheitsdauer betrug im einzelnen:

Tage:	bis zu 60	61—80	81—100	101—150	151—200	201—250	über 250	zusammen
Fälle:	18	20	15	22	5	4	3	87

Der Verlauf der Erkrankung ist in manchen Fällen trotz chirurgischer Eingriffe äußerst schleppend, besonders dann, wenn es durch ständige Wiederanschwellung der eben zurückgegangenen Bubonen zu dauernden Rückfällen kommt.

Dafür mögen 2 Beispiele genügen.

Fall 1: Nr. 156, 1926. Zugang 27. III. 1926. 20jähriger Steward. Ansteckung Ostindien. Vor 2 Monaten Verkehr und Verletzung am linken Bein. Nach 14 Tagen Schwellung der linken Leistendrüsen. Rückgang unter Alkoholumschlägen. Inzision.

. Befund: Groß, asthenischer Typ, reduzierter Ernährungszustand. Unter dem linken Rippenbogen undeutliche Resistenz, sonst innere Organe o. B. In der linken Leiste zwei große, harte Drüsenpakete, aus deren Inzisionswunde sich dünner Eiter entleert. Wundränder schmierig belegt. Auf Wärme und Jodkali mäßiger Rückgang. 11. IV. Ausräumung der Drüsen (histologisch: typischer Bubo). 25. IV. Wunde heilt primär. Kleinfingergliedgroße Drüsenschwellung in der rechten Leiste. Schmerzen. Die gleiche Drüsenschwellung in der linken Schenkelbeuge. Graue Salbe, Eisblase. 18. VI. Salvarsan ohne Erfolg. 21. VI. Sajodin, Diathermiebehandlung. 14. IX. Abszeßbildung unterhalb der Narbe in der linken Leiste. Inzision. 18. IX. Zum Kassenarzt entlassen. Dauer: 6 Monate.

Fall 2: Nr. 359, 1927. Zugang 5. VII. 1927. Entlassen 8. V. 1928. 25jähriger Matrose. Ansteckung in Brasilien.

Mitte Juni Schwellung der rechten Leistendrüsen.

Befund: Kräftig, groß, guter Ernährungszustand. Innere Organe o. B. Rechte Leistendrüsen taubeneigroß geschwollen, Urethritis. 10. VII. Höhensonne Lichtbogen. Erweichung des Bubos, Temperatur zwischen 39—40°. 13. VII. dreimalige Punktion entleert je 30, 50 und 250 ccm Eiter. Jodoformglyzerin-Einspritzung. 18. VII. breite Inzision. Entleerung von reichlich Eiter. Fieber. 28. VII. Fieber fällt ab. 18. VIII. gute Granulation. 9. IX. Diathermie. Auf der linken Stirnseite druckschmerzhafte, nicht gerötete Vorwölbung. 15. IX. Jodkali. Rückbildung. Wunde heilt leidlich. Hüftgelenk frei beweglich. 6. X. Temperatur dauernd subfebril, Omnadin und Argochrom. Druckschmerzhaftigkeit beider Schienbeine. Am Rumpf papulo-makulöses Exanthem, ebenso an Stirn und Gesicht. Angina specifica. WR positiv (++++). Wundheilung in letzter Zeit schlecht. 15. XI. Auffallend gute Wundheilung unter spezifischer Behandlung. Befinden gut. Verheilung in der Narbe. Mediko-mechanische Behandlung wegen des etwas versteiften Hüftgelenkes. Inguinaldrüsen rechts noch in Kinderfaustgröße schmerzhaft angeschwollen, auch die Schenkeldrüsen sind verdickt. Einschnitt: Entleerung von reichlichem dünnflüssigem Sekret. 10. IV. Oberhalb des Leistenbandes fluktuierende Anschwellung. Punktion ergibt Eiter. Abszeß öffnet sich von selbst. 26. IV. Wunden sind gut gereinigt. 8. V. Wird entlassen. WR negativ.

Prognose ist hinsichtlich des Lebens durchaus günstig. Todesfälle an Bubo selbst sind nicht beobachtet. Die Wiederherstellung des Kranken läßt sich wohl ebenfalls in allen Fällen erreichen, stellt aber an die Ausdauer der Kranken auch trotz operativer Eingriffe in manchen Fällen recht erhebliche Anforderungen.

Zum Schluß noch ein Wort zur Namensfrage. Es erscheint der Name „klimatischer Bubo“ selbst, wenn er heute auch nicht mehr ganz

Digitized by Google

zutrifft, immerhin noch als der beste, denn der Begriff „klimatischer Bubo" ist wohl der älteste und bezeichnete bis vor kurzem mit am treffendsten. In der Tropenmedizin ist dieser Ausdruck allgemein bekannt und gebraucht. Die Bezeichnung „Lymphogranuloma inguinale" wirkt insofern irreführend, als sie bereits Verwechslungen mit dem Granuloma venereum gegeben hat, außerdem erinnert der histologische Befund an alles andere als an eine Lymphogranulomatose. Die Benennung Nicolas-Favre-Durandsche Krankheit ist keineswegs berechtigt, denn schon vor der Veröffentlichung dieser Autoren war das hier gezeichnete Bild im Kreise der Tropenärzte unter dem Namen „klimatischer Bubo" längst bekannt.

Zusammenfassung

1. Der sogenannte klimatische Bubo ist in den Nachkriegszeiten erheblich häufiger geworden. Die Ursachen sind nicht ganz klar (vermehrte Einschleppung durch stärkeren Schiffsverkehr, bessere Erkennung, Anschwellung der autochthonen Fälle).

2. Die Ursache der Bubonen ist in vier Fünftel der Fälle auf Geschlechtsverkehr zurückzuführen.

3. Das jugendliche Alter wird vorzugsweise und die weiße Rasse fast ausschließlich befallen.

4. Der Erreger ist bisher noch unbekannt.

5. Der ausgeprägte Bubo ist verhältnismäßig nicht schwer zu erkennen. Sehr wichtige Dienste leistet die Freische Eiterprobe. Urethritis fand sich 3mal, Urtikaria 1mal, rheumatische Beschwerden wurden gelegentlich beobachtet, ebenso wie eine ausgesprochene Beeinträchtigung des Allgemeinbefindens. Das Blutbild zeigt zunächst vermehrte Werte mit einer Neutrophilie. Diese sinkt im Laufe der Erkrankung nach zeitweiliger starker Vermehrung der Lymphozyten und Einkernigen wieder zur Norm ab.

6. Die beste Behandlung ist die Entfernung eines Teiles des Drüsengewebes. Hierbei lassen sich Phlegmonen manchmal nicht vermeiden. Die übrige Behandlung (Reizbehandlung und Chemotherapie) hat bisher keine wesentlichen Erfolge zu erzielen vermocht.

7. Die Prognose ist gut. Todesfälle kamen nicht vor. Alle Kranken wurden wieder arbeitsfähig.

8. Es wird vorgeschlagen, den Namen „klimatischer Bubo" beizubehalten.

Aus der Universitätsklinik für Dermatologie und Syphilidologie in Innsbruck
(Vorstand: Prof. Dr. L. Kumer)

Zur Spirozidbehandlung der Lues I

Von
L. Kumer

Trotz reichlich vorliegender Tierversuche und jahrelanger klinischer Erprobung sind die Meinungen über die oral zu verabreichenden Salvarsanpräparate noch geteilt, neben schroffer Ablehnung finden sich warme

Digitized by Google

Freunde dieser Präparate. Eins der wichtigsten Kriterien für die Beurteilung eines Antiluetikums ist seine Wirkung im seronegativen Primärstadium.

Nun ist das bisher veröffentlichte Material über die Abortivbehandlung mit Spirozid und Stovarsol ein solches, daß man kaum zu einem sicheren Urteil über diese Präparate kommt: Einzelne Fälle besagen kaum etwas, von größeren Untersuchungsreihen liegen nur ganz wenige vor, und diese sind entweder nicht genügend lange nachbeobachtet, oder erfolgte die Spirozidbehandlung in Kombination mit Hg oder Bi.

Krösls Bericht aus der Klinik Merk über 26 Fälle seronegativer und 9 Fälle seropositiver Lues I ist für die Beurteilung der Wirkung der peroralen Salvarsanpräparate im Primärstadium noch immer der wertvollste, denn die Behandlung erfolgte in der auch sonst vielfach üblichen Dosierung von 16 g Spirozid oder Stovarsol allein, oder wurde sie mit intravenösen Northovaninjektionen (Vanadiumpräparat) kombiniert. Die Leistung letzteren Medikamentes dürfte keine zu energische gewesen sein, in der antiluetischen Wirkung dem Hg und Bi wohl unterlegen. Krösls Veröffentlichung ist als Anfangsbericht zu werten, denn die Wirkung eines Salvarsanpräparates in der Abortivkur läßt sich natürlich erst nach Jahren beurteilen. Die an der Innsbrucker Klinik unter Merk seinerzeit mit Spirozid behandelten Fälle wurden einer Nachkontrolle unterzogen, deren Ergebnis ist:

Seronegative Sklerosen

	Zahl	Kontrolle nach Monaten
Erfolg	3	4, 12, 54
Reinduratio	3	4, 12, 30
Lues-II-Erscheinungen	3	2, 4, 7
Serologisches Rezidiv	1	3

Seropositive Sklerosen

	Zahl	Kontrolle nach Monaten
Erfolg	2	2, 48
Serologisches Rezidiv	1	9

5 untersuchte Liquors waren negativ.

Gegen diese Statistik ließe sich vor allem einwenden, daß das Material zu klein ist, daß möglicherweise gerade die ungünstigen Fälle zur Nachkontrolle kamen. Diese Bedenken haben sicherlich eine gewisse Berechtigung. Alle Mühen, die weiteren Fälle zur Nachuntersuchung zu bekommen, waren vergeblich. Andererseits läßt sich natürlich anführen, daß die Erfolge keineswegs Heilung bedeuten müssen, sind doch die Kontrollen nur Momentaufnahmen, und einige Male wurden sie so früh nach Beendigung der Therapie vorgenommen, daß die Möglichkeit des späteren Auftretens von Rezidiven nicht auszuschließen ist.

Faßt man das Ergebnis obiger Statistik zusammen, so kommt man zum Schluß, daß Spirozid und Stovarsol in der Dosis von 16 g bei der

Digitized by Google

Behandlung der Lues I sehr oft versagen. Vereinzelte ähnliche Fälle sind ja auch von anderer Seite bereits veröffentlicht worden. Diese klinischen Ergebnisse stehen in Übereinstimmung mit oftmaligem Versagen des Spirozids im Tierversuch, worüber ja im Zentralblatt f. Haut- und Geschlechtskrankheiten 30, 785, 1929 referiert ist. Nun hat insbesonders OPPENHEIM sehr günstige Erfolge bei Lues I mit der Behandlung von Spirozid und Bi erzielt. Eine gewisse Wirkung kommt ja — wie die Reindurationen beweisen — dem Spirozid unzweifelhaft zu, sie ist aber in der gegebenen Dosierung zu gering, um eine Lues I sicher abortiv zu heilen; es muß also in OPPENHEIMS Fällen wohl auch dem Bi eine wesentliche Rolle zugesprochen werden. Jedenfalls kann in der Abortivbehandlung das Neosalvarsan nicht durch Spirozid ersetzt werden. Dieser Feststellung kommt auch insofern eine Bedeutung zu, weil schon ab und zu ein Arzt auf Grund vereinzelter günstiger Literaturberichte die Spirozidbehandlung bei Lues I durchführt und weil die Gefahr besteht, daß Kranke auf eigene Verantwortung, ohne Befragung eines Arztes, an sich diese billige und angenehme Kur vornehmen.

Aus der dermatologischen Abteilung des städt. Krankenhauses Ludwigshafen am Rhein (Leitender Arzt: Dr. S. Fuss)

Dermatologische Erwägungen zur „Zweiten Verordnung über die Ausdehnung der Unfallversicherung auf Berufskrankheiten vom 11. II. 1929"

Von

Dr. S. Fuss

Durch die zweite Verordnung über Ausdehnung der Unfallversicherung auf Berufskrankheiten vom 11. II. 29 hat das Gesetz vom 12. V. 25 eine ganz erhebliche Erweiterung erfahren. Anstatt der bisherigen 11 Krankheitszustände, die die alte Fassung des Gesetzes kennt, zählt die neue Verordnung deren 22 auf, von denen vielleicht die unter Nr. 11, 12 und 13[1]) genannten den Dermatologen am meisten interessieren. Aber auch mit den Nummern 1 bis 10 wird sich der Dermatologe nunmehr eingehend befassen müssen, da ja nach dem Wortlaut der Verordnung nunmehr alle durch die in den betreffenden Nummern genannten Schädlichkeiten hervorgerufenen Erkrankungen, somit also auch solche des Hautorgans, als entschädigungspflichtige Berufskrankheiten anzusehen sind. So sei die Nr. 6[2]) noch einmal besonders hervorgehoben, weil gerade hier eine ganze Gruppe von chemischen Körpern als Krankheitserreger genannt ist, die eine nahezu unendlich große Anzahl von Einzelsubstanzen umfaßt, deren einige uns wohl als gelegentliche Auslöser von ekzematösen Hautveränderungen schon bekannt sind.

Abgesehen von den Arbeiten von RECKZEH (D. m. W., Jg. 29, Nr. 17) und BEINTKER (Med. Welt, Jg. 3, Nr. 36) hat das Gesetz in seiner neuen Fassung bis-

[1]) Nr. 11. Chronische und chronisch rezidivierende Hautkrankheiten durch Galvanisierungsarbeiten.

Nr. 12. Chronische und chronisch rezidivierende Hauterkrankungen durch exotische Holzarten.

Nr. 13. Chronische und chronisch rezidivierende Hauterkrankungen durch Ruß, Paraffin, Teer, Anthrazen, Pech und verwandte Stoffe.

[2]) Nr. 6. Erkrankungen durch Benzol und seine Homologen.

Erkrankungen durch Nitro- und Amidoverbindungen der aromatischen Reihe.

Digitized by Google

her noch keine kritische Besprechung in der Fachpresse erfahren. Die seit seinem Inkrafttreten bislang verflossene Zeit ist heute natürlich auch noch viel zu kurz, um in irgend einer Weise ein abschließendes Urteil über den Wert und die Möglichkeit der praktischen Durchführbarkeit der Gesetzesvorschrift zu gestatten. Dringend notwendig erscheint es indes, schon heute Material dafür zu sammeln, das später eine solche Beurteilung möglich macht. Aus diesen Erwägungen heraus soll im folgenden über drei in jüngster Zeit beobachtete und begutachtete Fälle berichtet werden, die m. E. außerordentlich geeignet sind, grundsätzliche Überlegungen über wenigstens einen Abschnitt des Gesetzes anzustellen, nämlich über den, der sich mit den ekzematösen Erkrankungen, hervorgerufen durch die genannten Schädlichkeiten, beschäftigt.

Fall 1. 40jähriger Fabrikarbeiter. Seit April 27 in seiner jetzigen Arbeitsstelle beschäftigt, und zwar zunächst im Amidobetrieb. Schon nach kurzer Zeit heftige Ekzemausbrüche, die anfangs auf Hände und Vorderarme beschränkt blieben, bald aber auch andere Körperteile, so besonders das Gesicht ergriffen. Trotz wiederholtem Aussetzen der Arbeit und schließlicher Versetzung in einen anderen Betrieb innerhalb des gleichen Werkes niemals völliges Verschwinden des Leidens, dagegen immer wieder schwere Rückfälle, die erst jetzt nach Verlauf von 2 Jahren schwächer zu werden und abklingen zu scheinen. Daher Antrag auf Anerkennung des Vorliegens einer entschädigungspflichtigen Berufskrankheit nach Ziffer 6 der Verordnung.

Fall 2. 58jähriger Meister, seit 1893 im gleichen Betriebe beschäftigt, in dem er mit Amidokörpern zu tun hat. Seit 2 Jahren gelegentlich leichtes Brennen und Jucken der Haut an allen möglichen Körperstellen. Niemals deshalb ärztliche Behandlung, niemals Aussetzen der Arbeit. Am 7. III. 29 Ausbruch einer akuten Dermatitis an Händen und Gesicht. Nunmehr ärztliche Behandlung und Aussetzen der Arbeit. 26. III. Hautaffektion wieder abgeheilt, Wiederaufnahme der Arbeit. 2. IV. Rezidiv, das erneute ärztliche Behandlung und erneutes Aussetzen der Arbeit erforderlich macht. Mai 29 besteht noch leichte ekzematöse Reizung des gesamten Hautorgans, das noch Arbeitsunfähigkeit bedingt, daher Antrag auf Anerkennung des Vorliegens einer entschädigungspflichtigen Berufskrankheit nach Ziffer 6 der Verordnung.

Fall 3. 23jähriger Fabrikarbeiter. Seit August 27 in der chemischen Industrie beschäftigt an einer Stelle, an der er mit keinem in der Verordnung genannten Stoffe zu tun hat. Im Oktober 28 vorübergehend und aushilfsweise mit dem Einschaufeln von Rohanthrazen 5 Tage lang beschäftigt. Damals keinerlei Krankheitserscheinungen. Januar 29 erkrankt der Mann an akuter, nahezu universeller Dermatitis, die ärztliche Behandlung und Aussetzen der Arbeit erforderlich macht. Nach kurzer Zeit Wiederaufnahme der Arbeit allerdings bei noch bestehenden leichten ekzematösen Herden an beiden Händen und Fußrücken, die auch im April 29 noch vorhanden sind. Antrag auf Anerkennung des Vorliegens einer entschädigungspflichtigen Berufskrankheit nach Ziffer 13 der Verordnung.

Was lehren nun diese drei im Vorstehenden in aller Kürze skizzierten Krankheitsfälle? Zweierlei ist ihnen allen gemeinsam. In allen hat ein Hantieren mit einem in der Verordnung ausdrücklich als Schädling genannten Stoff stattgefunden (zweimal Amidoverbindungen der aromatischen Reihe, Ziffer 6; einmal Anthrazen, Ziffer 13 der Verordnung). Als dritter gemeinsamer Punkt wäre noch der zu nennen, daß alle drei betroffenen Personen geglaubt haben, auf Grund der Gesetzesvorschrift ihre Erkrankung als versicherungs- und entschädigungspflichtige Berufskrankheit auffassen zu müssen. Bei kritischer Betrachtung der Fälle ergeben sich jedoch zwischen ihnen so weitgehende Verschiedenheiten, daß eine grundlegend verschiedene Begutachtung erfolgen mußte, die, um das gleich hier vorwegzunehmen, nur im Falle 1 das Vorliegen einer Berufserkrankung im Sinne der Verordnung anerkennen konnte, für die Fälle 2 und 3 aber eine solche als durchaus nicht sicher, wenn nicht gar als unwahrscheinlich bezeichnen mußte. Im Falle 1 war ein bislang angeblich immer gesunder Mann nach 6wöchiger Arbeitszeit in einem Amidobetrieb an einer akuten ekzematösen Dermatitis erkrankt, die ihn sehr bald zwang, seine Arbeit auszusetzen. Eine Krankenhausbehandlung brachte zwar in nicht allzulanger Zeit eine scheinbar völlige Wiederherstellung, jedoch rezidivierte das Leiden, als die Arbeit im gleichen Betriebe wieder aufgenommen wurde, schon nach kurzer Zeit, so daß erneute Krankenhausbehandlung erforderlich wurde. Auch diesmal wurde der Kranke mit einer völlig glatten und erscheinungsfreien Haut als arbeitsfähig entlassen. Der Kranke erhielt nun einen anderen Arbeitsplatz, der sich

Digitized by Google

jedoch immer noch innerhalb des Amidobetriebes befand. Indes trat diesmal schon nach nur 3tägiger Arbeitszeit ein Rückfall auf, der sich nunmehr nicht nur auf die Hände und Arme als die der Schädlichkeit unmittelbar ausgesetzten Körperstellen beschränkte, sondern in besonderer Stärke auch die Haut des Gesichts, das bisher immer frei von Krankheitserscheinungen geblieben war, befallen hatte. Ein dritter Rückfall trat schließlich schon auf, als der Kranke nach seiner Wiederherstellung sich nur vorübergehend für einen Tag in dem Amidobetrieb aufgehalten hatte. Nunmehr wurde der Mann als Bauhandwerker im Freien beschäftigt, so daß er überhaupt nicht mehr mit chemischen Körpern in Berührung kam. Es war aber mittlerweile bei ihm zur Entwicklung eines Ekzems gekommen, das niemals mehr ganz verschwand, das vielmehr Neigung zu Remissionen und Exazerbationen zeigte, die von der jeweiligen Beschäftigungsart des Mannes abzuhängen schienen und die ihn immer wieder zum Aussetzen der Arbeit zwangen. Die ärztliche Behandlung zog sich über Monate hin und hatte nur langsamen Erfolg. Immer wieder traten nun auch bei Arbeitsruhe kleinere Rückfälle auf. Zuletzt bestanden an den Fingerspitzen noch einige besonders resistente Ekzemherde. Auffallenderweise gab der Kranke nun an, er habe das Gefühl, seine Krankheit habe sich jetzt ausgetobt. Die nun vorgenommenen Hautfunktionsprüfungen ergaben hochgradige Überempfindlichkeitsreaktionen (auch Fernreaktionen) gegenüber den Amidokörpern, mit denen der Kranke an seiner ersten Arbeitsstelle zu tun gehabt hatte, keine Reaktionen dagegen mit Arnikatinktur, Terpentinöl und Heftpflaster.

Der ganze Krankheitsverlauf ist also so zu deuten, daß durch die Beschäftigung mit den Amidokörpern der erste Ekzemausbruch ausgelöst worden ist, daß weiter dadurch eine unspezifische Sensibilisierung des Kranken herbeigeführt wurde, die zur Folge hatte, daß der Kranke auch auf andere als die ursprünglichen Schädlichkeiten reagierte und daß schließlich im Zeitpunkt der Hautfunktionsprüfungen bereits wieder eine gewisse Desensibilisierung eingetreten war, da ja die Kontrollprüfungen keinen Hautreiz mehr verursachten. Versicherungstechnisch lag der Fall somit klar: es handelte sich um eine chronisch rezidivierende Hauterkrankung, hervorgerufen durch die Einwirkung von Amidokörpern der aromatischen Reihe und damit um eine entschädigungspflichtige Berufserkrankung.

Obwohl Fall 2 eine erheblich kürzere Krankengeschichte hat, liegen hier die Verhältnisse wesentlich komplizierter. Der Erkrankte hat nahezu $3\frac{1}{2}$ Jahrzehnte in einem gefährdeten Betriebe gearbeitet, ohne jemals irgend welche besonders schweren Krankheitserscheinungen zu bieten. Erst in den letzten Jahren hat er über Brennen und Jucken der Haut geklagt, ist indes nie so krank gewesen, daß er ärztliche Behandlung aufzusuchen sich veranlaßt gefühlt hätte. Dann bricht plötzlich ein ganz akutes Ekzem aus, das den Mann gänzlich arbeitsunfähig macht. Nach kurzer Krankheitsdauer wird er wieder arbeitsfähig, um jedoch nach nur wenigen Arbeitstagen schon einen Rückfall zu erleiden, der diesmal erheblich schlimmer ist als der erste Anfall und der sich auch therapeutisch weit weniger gut beeinflussen läßt.

Wenn nun auch in diesem Falle die Voraussetzungen für das Vorliegen einer entschädigungspflichtigen Berufserkrankung gegeben zu sein schienen, so ergaben sich bei näherem Zusehen hier doch eine Reihe von Bedenken. So erschien es außerordentlich merkwürdig, daß hier die schädigende Substanz jahrzehntelang anstandslos vertragen wurde und daß dann ganz plötzlich ein recht schwerer Krankheitszustand auftrat, als dessen Ursache die gewöhnlich verarbeiteten Amidosubstanzen verantwortlich zu machen, doch zum mindesten nicht naheliegend erschien. Es war deshalb geboten, noch einmal genaue Feststellungen über die näheren Umstände, unter denen der Mann gearbeitet hatte, zu machen. Und diese führten zu einem überraschenden Resultat, das den Fall in einem ganz anderen Lichte erscheinen ließ. Der Kranke hatte längere Zeit schon überhaupt nicht mehr in dem eigentlichen Fabrikationsbetriebe gearbeitet, sondern war fast nur mit Schreibarbeit beschäftigt. Um die Zeit seiner ersten akuten Erkrankung nun wurde aber in dem betreffenden Betriebe vorübergehend mit einem Stoffe gearbeitet, von dem bekannt war, daß er von einer Reihe von Menschen nicht gut vertragen wird. Die Wiederaufnahme nach der ersten Wiederherstellung fiel just auf den Tag, an dem die letzten Reste dieses Stoffes wieder aus dem Betrieb entfernt wurden. Mit diesen Feststellungen waren die Zusammenhänge zwischen Erkrankung und Arbeitsbedingungen des Erkrankten ziemlich klar erwiesen. Nicht die eigentliche Berufstätigkeit des Mannes hatte zu der Erkrankung geführt, diese war vielmehr ausgelöst durch die Einwirkung eines Stoffes,

Digitized by Google

mit dem er nur zufällig und ganz vorübergehend in Berührung gekommen war. Daraus ergab sich für den Begutachter nun die schwerwiegende Frage, ob unter diesen Umständen noch das Vorliegen einer entschädigungspflichtigen Berufskrankheit angenommen werden konnte. Aus zweierlei Gründen war es nicht leicht, hier zu einem klaren Entscheid zu kommen. Einmal bestand die Tatsache, daß der Erkrankte eine Reihe von Jahren mit Substanzen gearbeitet hatte, die im Gesetzesentwurf als Schädlinge genannt sind, und zweitens gehörte auch der Stoff, der als der eigentliche Krankheitserreger in Frage kam, ebenfalls in die Reihe der Amidokörper. Es wurden nun folgende Erwägungen angestellt. Wenn in einer sich über 3 Jahrzehnte erstreckenden Arbeitszeit keine deutlichen Zeichen einer gewerblichen Dermatose aufgetreten sind, dann muß es zum mindesten als unwahrscheinlich bezeichnet werden, daß nun am Schlusse doch noch eine Sensibilisierung auftreten soll, die die gewöhnlich verarbeiteten Amidokörper am Ende doch noch zu Ekzemerregern werden läßt. Es muß somit das gewöhnliche Arbeitsmaterial als Ekzemerreger ausscheiden. Der zweite Stoff, der als der tatsächliche Ekzemerreger angesehen wurde, gehörte ja gar nicht zu dem gewöhnlichen Arbeitsmaterial des Erkrankten, er ist damit überhaupt nur indirekt in Berührung gekommen, kann also dadurch zum mindesten keine gewerbliche Dermatose erworben haben. Als letzte Möglichkeit bestünde vielleicht noch die, in der ganzen Verkettung von Umständen einen Unfall zu sehen. Außerordentlich schwierig ist es jedoch, die Tatsache für ein Unfallereignis zu halten, daß ein Mensch sich in einem Raum aufhält, in dem mit einem für ihn nicht verträglichen Stoff gearbeitet wird.

Unter Berücksichtigung aller dieser hier in Frage kommenden Faktoren und bei wohlwollendster Einstellung dem Erkrankten gegenüber war es nicht möglich mehr zu sagen, als daß keine Sicherheit, vielleicht aber eine geringe Wahrscheinlichkeit für die Annahme einer gewerblichen Berufserkrankung gegeben sei.

Der dritte Fall erfordert nur wenige Worte zu seiner Besprechung. Im Oktober ist der Patient 5 Tage lang aushilfsweise mit dem Einschaufeln von Rohanthrazen beschäftigt gewesen. Im Januar des folgenden Jahres trat er zum ersten Male wegen einer universellen Dermatitis in ärztliche Behandlung und wurde im März arbeitsunfähig. Nach Wiederaufnahme der Arbeit erfolgte sehr bald ein Rückfall, der erneute Arbeitsunfähigkeit zur Folge hatte. Ohne nun die Frage zu erörtern, inwieweit die Arbeitsbedingungen des Mannes von Einfluß auf die Entstehung seines Leidens gewesen sein mögen, muß das eine gesagt werden, daß hier eine durch Anthrazen bedingte und unterhaltene chronische oder chronisch rezidivierende Hauterkrankung unter keinen Umständen angenommen werden kann und daß damit der Tatbestand einer entschädigungspflichtigen Berufserkrankung nach Ziffer 13 der Verordnung nicht vorlag. Denn es kann nicht angenommen werden, daß eine 5tägige Beschäftigung mit Anthrazen selbst keine Krankheitserscheinungen auslöst, wohl aber bewirkt, daß eine andere Substanz 3 Monate später nun für den früheren Anthrazenarbeiter zum Ekzemerreger wird.

Es soll im folgenden nun versucht werden, an der Hand der 3 Gutachtenfälle, zu erörtern, welche Aufgaben bei der Erfüllung der Gesetzesvorschriften dem Arzte erwachsen, welche Folgen sich daraus für die Arbeiterschaft ergeben können und schließlich sollen einige Schlußbetrachtungen darüber angestellt werden, inwieweit unser heutiges wissenschaftliches-dermatologisches Können mit dem durch das Gesetz an uns gestellten Anforderungen in Einklang zu bringen ist und welche Abänderungs- und Erweiterungsvorschriften vielleicht noch zu empfehlen sein dürften.

Die Erfüllung der neuen Gesetzesvorschrift stellt den Arzt vor eine Reihe von recht schwierigen Aufgaben. Wenn es für den Dermatologen wohl auch als selbstverständlich gelten mag, daß er sich über die neuen, oft recht komplizierten Forschungsergebnisse, in der Lehre von den Hautkrankheiten, besonders von Dermatitiden und Ekzemen, auf dem Laufenden hält, so gilt das nunmehr für jeden, der sich mit der Begutachtung von Schadenfällen befassen will, die das Hautorgan betreffen. Und es wird nicht immer leicht sein, in die eigenartige, oft recht spröde Materie einzudringen, besonders für den, dem die Beschäftigung mit den Erkrankungen des Hautorgans bisher ferngelegen hat! Und selbst wenn, was jedoch kaum anzunehmen ist, die Beurteilung der Hautfälle dem Fachdermatologen vorbehalten bleiben sollte, so erwachsen auch diesem noch Schwierigkeiten genug. Er wird sich eingehender, als es bislang wohl geschah, mit Fragen der theoretischen und praktischen Chemie beschäftigen müssen, um überhaupt eine Vorstellung davon zu be-

Digitized by Google

kommen, welche — ich greife willkürlich nur einen Punkt der Verordnung heraus — Amidoverbindungen der aromatischen Reihe praktisch als krankmachende Agentien in Frage kommen können. Welche Stoffe alle gar als dem Ruß, Paraffin, Teer, Anthrazen und Pech verwandt anzusehen sind, das heute schon bindend zu entscheiden, werden sich wohl nur wenige getrauen[1]).

Weitere Schwierigkeiten in der Begutachtung zeigen sehr deutlich die oben besprochenen Fälle 2 und 3. Bei beiden waren scheinbar alle Voraussetzungen gegeben, um das Vorliegen einer entschädigungspflichtigen Berufskrankheit annehmen zu können. Es war eine Beschäftigung mit einer als Schädling genannten Substanz vorausgegangen, und es waren in zeitlicher Folge chronisch rezidivierende Hautkrankheiten aufgetreten. Erst die genaue Prüfung aller in Frage kommenden Umstände ließ wieder Zweifel darüber aufkommen, ob das zeitliche Zusammentreffen auch in der Tat ein ursächliches bedeute! Eine Sicherheit konnte nur im Falle 3 gewonnen werden, freilich eine Sicherheit nur negativer Art, nämlich die, daß hier das zeitliche Zusammentreffen von Einwirkung einer Noxe und dem Krankheitsausbruch nur ein zufälliges gewesen sein kann. Auch im Falle 2 sprachen gewichtige Gegengründe, wie schon oben ausgeführt wurde, gegen die Annahme des Vorliegens einer Berufskrankheit im Sinne des Gesetzes, und nur nach ernstester Prüfung aller einschlägigen Momente konnte man zu der weder für den Versicherungsträger noch den Versicherungsnehmer angenehmen Feststellung gelangen, daß hier wohl eine gewisse Möglichkeit, keineswegs jedoch eine Sicherheit für die Annahme einer entschädigungspflichtigen beruflichen Erkrankung vorlag.

Gleichwie an des Arztes Können und Wissen stellt die Erfüllung der Gesetzesvorschrift auch an sein Verantwortungsgefühl recht hohe Aufgaben! Eben aus diesem Gefühl heraus dürfte eigentlich nur der die schwere Aufgabe der Beurteilung einer fraglichen gewerblichen Berufskrankheit übernehmen, der auch wirklich in der Lage ist, sich Gewißheit über alle für die Beurteilung des jeweiligen Einzelfalles zu verwertenden Tatsachen Kenntnis zu verschaffen, kurz, der, dem die Möglichkeit einer direkten Fühlungnahme mit dem schädigenden Arbeitsbetriebe gegeben ist. Aber auch dann bleiben noch Schwierigkeiten genug übrig. Sie können nicht alle hier in extenso besprochen werden, darum sei nur die größte erwähnt, nämlich die, festzustellen, welche chemischen Körper denn alles in einem auch nur beschränkten Fabrikationsbetrieb eines großen Werkes in Frage kommen können. Auf die Wichtigkeit der bei der Fabrikation vielfach vorkommenden Zwischen- und Nebenprodukte, die oft weder ihrer Zusammensetzung noch ihrer Wirksamkeit nach bekannt sind, ist jüngst auch von anderer Seite hingewiesen worden!

Der Gutachter ist dem von ihm zu betreuenden Erkrankten gegenüber verantwortlich. Salus aegroti summa lex! Das Wohl des Erkrankten ist aber durchaus nicht immer dann am besten gewahrt, wenn man seinen Klagen und Wünschen in allem allzu gläubig nachgibt. Das gilt wie am Krankenbett, so auch besonders in der Begutachtungspraxis, in der sich aus unserem Votum die schwerwiegendsten Folgen für das ganze wirtschaftliche Leben unseres Patienten ergeben können. Es ist hier nicht der Ort, das schon so oft besprochene Thema der Rentenkrankheit auch in diesem Zusammenhange noch einmal zu erörtern, vielmehr mag ein kurzer Hinweis auf die so eindrucksvollen Äußerungen genügen, die gelegentlich des letzten Chirurgenkongresses über diesen Gegenstand gefallen sind!

Aber nicht nur dem seiner sachverständigen Beurteilung anvertrauten Kranken allein gegenüber ist der Gutachter verantwortlich, sondern auch der Allgemeinheit gegenüber. Er muß sich stets dessen bewußt bleiben, was es bedeutet, wenn es von seinem Spruch abhängig gemacht ist, ob der Erkrankte als ein in der Erfüllung seiner Pflicht geschädigter anzusehen ist, als jemand, der mit seiner Arbeitsleistung immer in irgend einer Form zum Wohle der Allgemeinheit gewirkt hat und für den im bei der Arbeit erlittenen Schadenfalle deshalb auch die Allgemeinheit aufzukommen hat. Es wäre durchaus abwegig und mit der ärztlichen Ethik unvereinbar, zu sagen, bei dem Riesenbetriebe einer Berufsgenossenschaft käme es auf einen Schadenfall mehr oder weniger nicht an. Ebensowenig darf der Gedanke Raum gewinnen, daß der große Gewinn mancher chemischen Industrien es dem Gutachter leicht machen könne, sein

[1]) In dem kürzlich herausgekommenen Heft 12 der Veröffentlichungen aus dem Reichsgesundheitsamt: Arbeit und Gesundheit, finden sich genauere Angaben darüber, welche Stoffe hierher zu rechnen sind.

Digitized by Google

Urteil zum Wohle eines armen Teufels abzugeben! So selbstverständlich das hier Gesagte, das ja für jegliche Gutachtertätigkeit seine Geltung hat, auch klingen mag, so verdient es doch m. E. gerade jetzt noch einmal mit aller Schärfe hervorgehoben zu werden, wo durch die neuen Gesetzesvorschriften dem wirtschaftlich Schwachen die weitgehendsten Fürsorgemaßnahmen zugebilligt werden, Fürsorgemaßnahmen, die, wie noch zu zeigen sein wird, doch auch manches recht Bedenkliches in sich tragen! Einer der nicht ärztlichen Komentatoren des Gesetzes zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten sagt in seinen Schlußbetrachtungen folgendes: „So stellt das Gesetz ein Vertrauensvotum von ungeheurer Tragweite für die Ärzteschaft dar. Deren Sache ist es, sich eines solchen Vertrauens würdig zu zeigen!" Ich glaube, man kann das gleiche von dem Gesetz über die Berufskrankheiten sagen. Es stellt gleich hohe Anforderungen an unser ärztliches Können, an unser Pflichtbewußtsein gegenüber dem Erkrankten und an unser Verantwortungsgefühl, das wir der Allgemeinheit gegenüber haben müssen.

Wenn nun noch dessen gedacht werden soll, welche Folgen die neue Gesetzesvorschrift für die werktätige Bevölkerung haben mag, so ist es nicht Aufgabe dieser Zeilen, alle seine Paragraphen im einzelnen zu besprechen. Es mag der Hinweis darauf genügen, daß nun auch eine Reihe von rein dermatologischen Erkrankungen unter Umständen gesetzlichen Schutz genießen und daß damit einer oft erhobenen Forderung Genüge getan wird. Ob aber die Art und Weise, in der gerade die dermatologischen Erkrankungen behandelt sind, eine besonders glückliche gewesen ist, das ist eine Frage, über die am Schluß dieser Arbeit noch einige Erwägungen anzustellen sind. Einige Überlegungen allgemeiner Art gehören aber schon hierher.

Gesetze, wie das vorliegende, werden in Arbeiterkreisen außerordentlich schnell bekannt. Wenigstens ihrem Wortlaut nach! Aber auch nach ihrem Inhalt und ihrem tieferen Sinn? Das ist m. E. wohl kaum möglich! Gerade in seinem dermatologischen Teil sind in dem Gesetz eine solche Menge von Schwierigkeiten enthalten, daß sich nahezu zwangläufig falsche Vorstellungen für den nicht Sachverständigen ergeben müssen. Und wie sich solche falsche Vorstellungen auswirken können, das zeigen in außerordentlich deutlicher Weise wieder die Fälle 2 und 3. In dem sicheren Bewußtsein ihres Rechtes haben die beiden Erkrankten ihre Ansprüche gestellt. Das Gesetz spricht ja in seinem Wortlaut von chronisch rezidivierenden Hauterkrankungen, die durch Amidoverbindungen und durch Anthrazen hervorgerufen sind. Beide Erkrankten haben mit einem der genannten Stoffe gearbeitet, also liegen für sie die Zusammenhänge klar zutage, sie sind geschädigt und damit entschädigungsberechtigt. Welche Wirkungen es nun für die im guten Glauben befindlichen Leute gehabt hat, ja haben mußte, daß die für sie so klaren Ansprüche nicht ohne weiteres anerkannt wurden, daß sie vielmehr nach langwierigen Verhandlungen wenigstens teilweise abgelehnt werden mußten, das ist ohne weiteres klar. Die Fälle sind aber nicht nur den Beteiligten selbst bekannt, die ganze Belegschaft des Werkes ist darüber unterrichtet! Und was ist die Folge davon? Eine hochgradige Beunruhigung greift unter den Leuten Platz. Mißtrauen gegen die Werkleitung, gegen die Ärzteschaft sind unausbleiblich. Das alles ist aber sicherlich nicht im Interesse derer, zu deren Wohl das Gesetz doch gemacht worden ist! Aufklärungsversuche über den wahren Sinn des Gesetzes mögen bei einigen wenigen Einsichtigen wohl Erfolge haben, der großen Masse gegenüber werden sie jedoch stets wirkungslos bleiben.

Aber auch etwas anderes darf hier nicht verschwiegen werden: derjenige, der ein Interesse daran hat krank zu sein, dem ist es gerade durch das Gesetz in seiner jetzigen Fassung nicht schwer gemacht, nicht nur krank, sondern sogar gewerbekrank zu sein. Denn, daß, wie für jede andere Erkrankung so auch für die der Haut, konstitutionelle Momente von höchster Bedeutung sind, ist eine allgemein bekannte Tatsache. Derjenige nun, der dank seiner Konstitution zu Ekzemausbrüchen neigt, der weiß dies wohl immer selbst. Er weiß auch aus Erfahrung, daß es für ihn gewisse Schädlichkeiten gibt, die er zu vermeiden lernt, wenn er Interesse daran hat, sich gesund und arbeitsfähig zu erhalten. Auf der anderen Seite aber ist dem Arbeitsunwilligen auch die Möglichkeiten gegeben, je nach Wunsch krank zu werden. Genügt es doch für manche Menschen, sich nur einmal die Hände mit Benzol zu befeuchten, um eine hartnäckige Dermatitis zu bekommen! Chronisch rezidivierende Hauterkrankungen gewähren nun den Schutz der Unfallgesetzgebung, wenn sie durch einen in der Verordnung genannten Stoff bedingt sind. Wo liegt nun die Möglichkeit, mit auch nur einiger Sicherheit festzustellen oder auszuschließen, daß im je-

Digitized by Google

weiligen Einzelfalle nicht z. B. irgend eine Nitro- oder Amidoverbindung der aromatischen Reihe, mit der der Erkrankte zu tun gehabt hat, als Ekzemerreger hier in Frage kommen kann. Ist nicht vielmehr gerade dem, der es darauf anlegt, krank zu sein, ein gewisser Anreiz gegeben, nun seine Krankheit, für die er zum Teil wenigstens selbst verantwortlich gemacht werden könnte, auch noch als entschädigungspflichtige Berufskrankheit sich behördlich abstempeln zu lassen und so unter Umständen in den Besitz eines mühelos und ohne Arbeitsleistung erreichbaren Verdienstzuschusses zu kommen? Der Arbeitswillige aber, dem ehrlich erworbener Lohn mehr gilt als auf Grund zweifelhafter Ansprüche erschlichene Rentenbezüge, wird verbittert, wenn er sehen muß, wie eine wohlgepflegte Krankheit auch noch dazu verwandt wird, mühelos das Einkommen zu erhöhen. Nun kann wohl der Einwand erhoben werden, daß derartige Vorkommnisse schwer vermeidbare Übel jeder fürsorgerischen Gesetzgebung seien und infolgedessen mit dem Gesetz über die Berufskrankheiten nichts Besonderes zu tun hätten, vielmehr als Problem für sich zu betrachten seien. Dem jedoch muß entgegen gehalten werden, daß wohl kaum ein Gebiet der ganzen sozialen Gesetzgebung solche Unsicherheitsfaktoren enthält, wie sie die jetzige Fassung des neuen Gesetzes wenigstens für die Hautkrankheiten in sich birgt. Aus diesem Grunde schien es geboten, auf alle diese Unzuträglichkeiten einmal in aller Schärfe hinzuweisen.

Alles bisher Gesagte bestand im wesentlichen aus Erörterungen über die praktischen Folgen, die sich bei der Durchführung der Gesetzesvorschriften, wenigstens so weit sie die Hauterkrankungen betreffen, ergeben können. In diesen Erwägungen mußten die unerwünschten Folgen einen recht breiten Raum einnehmen, weil sie in so reichlichem Maße drohen, daß fast zu befürchten ist, sie könnten das Gute, was mit dem Gesetz gewollt ist, völlig überwuchern! Die Ursache für diese unerfreuliche Möglichkeit liegt wohl im wesentlichen darin, daß die im Gesetz gegebene Fassung sowohl der schädigenden Körper wie auch der möglicherweise folgenden Schädigungen selbst eine derartig unbestimmte ist, daß es dem Arzt außerordentlich schwer gemacht wird, nun auch zu einer einigermaßen sicheren Begriffsbestimmung zu kommen. Es wird noch intensiver gemeinsamer Arbeit des Chemikers, des Gewerbehygienikers und des Fachdermatologen bedürfen, um, wenigstens soweit es sich um chemische Körper als Schädlichkeiten handelt, wenigstens einigermaßen Klarheit zu schaffen.

Ein Punkt aber, der das Gesetz dem Arzte, besonders dem Dermatologen, so schwer erfüllbar macht, bedarf einer eingehenderen Besprechung. In Ziffer 11, 12 und 13 werden ohne weitere Erörterungen die chronischen und chronisch rezidivierenden Hautkrankheiten unter die entschädigungspflichtigen Berufskrankheiten aufgenommen. Damit fallen auch tatsächlich die Ekzeme unter diese Gruppe, und hieraus ergeben sich Fragen von weitgehendster Bedeutung! Zunächst ist zu fragen, inwieweit überhaupt ein Ekzem als gewerbliche Erkrankung angesehen werden kann, wenn man der von BLASCHKO gegebenen Begriffsbestimmung folgt. Berufsdermatosen sind solche Erkrankungen, die auf die spezifische Beschäftigung als ausschlaggebende Ursache zurückgeführt werden können! Denn — so muß zum mindesten bei jedem ersten Ekzemausbruch gefragt werden — wo liegt die ausschlaggebende Ursache? In der Beschäftigung mit diesem oder jenem Stoff oder besonderen Veranlagung in der Ekzemdisposition des betreffenden Arbeiters? Es ist dies eine Frage, die durchaus nicht immer leicht zu beantworten sein wird. Gewiß, es gibt einige wenige Stoffe, die bei 75% und mehr Prozent aller derer, die mit ihnen zu tun haben, Dermatitiden und Ekzeme hervorrufen können. Diese, aber auch nur diese Stoffe wären demgemäß in der Lage, echte Berufsdermatosen hervorzurufen. Niemals aber kann man sagen, daß z. B. alle exotischen Hölzer zu den, wenn ich mich so ausdrücken darf, obligaten Ekzemerregern gerechnet werden dürfen. Der Wortlaut des Gesetzes indes verlangt, daß jedes durch eine solche Holzart ausgelöste Ekzem als entschädigungspflichtige Berufskrankheit anzusehen ist! Nun wissen wir aber, daß unter Umständen jeder, aber auch jeder die Haut treffende Reiz ein Ekzem auszulösen in der Lage ist, wenn er nur die Haut in einem Stadium der Ekzembereitschaft trifft! Daraus ergibt sich wieder, daß dem Spiel des Zufalls für das Entstehen der gewerblichen entschädigungspflichtigen Berufskrankheiten eine nahezu unerträgliche Rolle zufallen kann! Denn nur vom Zufall wird es oft genug abhängen, ob der Ekzembereite mit einem in der Verordnung genannten Stoff in Berührung kommt und damit entschädigungspflichtig krank wird, oder ob sein Leiden durch eine andere Noxe ausgelöst wird und dann nicht den Schutz der Gesetzesverordnung genießt.

Die soziale Gesetzgebung will nicht nur den völlig gesunden Normalmenschen

Digitized by Google

schützen, sie soll vielmehr alle Erwerbstätigen unter ihre Fürsorge nehmen. In unserem besonderen Falle also auch die Ekzembereiten. Vielleicht läßt sich aus diesem Gedankengange heraus die unbestimmte Fassung des Krankheitsbegriffs und die überaus weite Fassung der Krankheitserreger erklären. Welche Schwierigkeiten, ja fast möchte man sagen ungeheuerlichen Ungerechtigkeiten, ergeben sich aber dann aus der Praxis des alltäglichen Lebens! Der Ekzembereite wird nur dann entschädigungspflichtig berufskrank, wenn er das Glück hat, zufällig mit einem in der Verordnung genannten Stoff zu arbeiten. Alle anderen jedoch, das Dienstmädchen, das in seiner Tätigkeit mit einer Unmenge von Stoffen zu tun hat, die als gelegentliche Ekzemerreger wohl bekannt sind, die Wäscherin, der primelempfindliche Gärtnerlehrling und viele andere, sie gehen leer aus nur deshalb, weil die ihre Erkrankung auslösenden Schädlichkeiten in dem Gesetz nicht besonders aufgeführt sind! Sie alle wären z. B. dem Industriearbeiter der chemischen Industrie gegenüber weitgehendst benachteiligt. Ist ein Gesetz, das solche Möglichkeiten offenläßt, überhaupt noch durchführbar? Und derartige Möglichkeiten liegen offen, denn in der ganzen Verordnung ist mit keinem Wort der Tatsache Rechnung getragen, daß gerade für das Entstehen von Hautkrankheiten die dispositionellen Momente oft als innere Ursachen von weit größerer Bedeutung sind als die Einwirkungen von außen, die vielfach nur die äußere Veranlassung für den Krankheitsausbruch darstellen! Wie soll die angeborene, wie die durch den Beruf erworbene Ekzembereitschaft (Sensibilisation) beurteilt werden. Das Gesetz sagt darüber nichts aus, es spricht nur von durch diese oder jene Stoffe verursachten Hauterkrankungen. Und doch sind m. E. angeborene Ekzembereitschaft und erworbene Sensibilisierung vom versicherungstechnischen Standpunkt aus durchaus verschieden zu bewerten!

Und noch ein weiteres ist zu bedenken: Sind unsere wissenschaftlichen Erkenntnisse über das Ekzem heute schon derartige, daß wir sagen können, die Krankheit sei erschöpfend durchforscht und erkannt? Ich glaube vielmehr, wir müssen auch heute noch sagen, daß bei aller Hochschätzung der Ergebnisse, die die Forschungen von — um nur einige wenige Namen zu nennen — JADASSOHN, BLOCH, KREIBICH u. a. m. gebracht haben, das Problem des Ekzems auch heute noch nicht als gelöst angesehen werden kann. Wir müssen vielmehr bekennen, daß dies auch heute noch in weitgehendem Umfang besteht, das auch heute noch recht gegensätzliche Meinungen über viele hierher gehörige Fragen bestehen! Wer die Ekzemliteratur der letzten Jahre verfolgt hat, wer besonders die Verhandlungen des Münchener Kongresses der Deutschen dermatologischen Gesellschaft und den Ekzemband des jetzt neu herauskommenden Handbuches der Haut- und Geschlechtskrankheiten aufmerksam studiert hat, der wird immer wieder bekennen müssen, daß unser Wissen über Ätiologie und Pathogenese alles dessen, was wir dem klinischen Bilde nach zum Ekzem zu rechnen gewohnt sind, auch heute noch durchaus lückenhaft ist.

Aber der Gesetzgeber spricht ja nicht von Ekzemen, sondern nur von chronischen und chronisch rezidivierenden Hauterkrankungen! D. h. von solchen, die von langer Dauer sind und Neigung zum Abheilen und Wiederaufflammen haben. Solcher Krankheiten aber gibt es viele, es seien außer dem schon besprochenen Ekzem nur die Psoriasis, der Lichen ruber genannt. Sicheres über deren Ätiologie wie über die vieler anderen Hauterkrankungen wissen wir heute noch nicht. Manchmal sind wir wohl imstande zu sagen, dieser oder jener Faktor kann, aber auch nur kann, für ihr Entstehen eine Rolle gespielt haben. Außerdem aber können noch eine ganze Reihe anderer Momente als ursächliche Momente in Frage kommen. Ist nun z. B. eine Psoriasis, die erstmalig im Gefolge einer Beschäftigung mit einem in der Verordnung als Schädlichkeit genannten Stoffe auftritt, als entschädigungspflichtige Berufskrankheit aufzufassen? Der Wortlaut des Gesetzes gibt keinen Hinweis zur Beantwortung dieser Frage. Er überläßt es vielmehr dem Gutachter, die für den Versicherten so unendlich bedeutungsvolle Antwort zu finden. Und sie wird verschieden ausfallen, je nach der wissenschaftlichen Überzeugung des Gutachters. Daraus aber entsteht für den Versicherten selbst eine ihm völlig unbegreifliche Rechtsunsicherheit!

Es kann nach dem im vorstehenden ausgeführten also gesagt werden, daß die Gesetzesvorschriften in ihrer jetzigen Form an den Arzt Anforderungen stellen, die er oft kaum zu erfüllen in der Lage sein dürfte, daß sie für die Versicherten selbst eine Reihe von recht bedenklichen Folgen mit sich bringen kann, und das manches von dem, was sie fordern, mit unseren heutigen wissenschaftlichen Erkenntnissen nicht immer leicht in Einklang zu bringen ist!

Digitized by Google

Aber wir müssen und wollen Fürsorge treiben, die den wirtschaftlich Schwachen vor den Fährnissen seiner Berufsarbeit nach Möglichkeit schützt, die ihm das Bewußtsein verleihen soll, daß er nicht der Ausgebeutete der Industrie, sondern ein Mitarbeiter am Allgemeinwohl ist, um dessen Wohlergehen auch die Allgemeinheit besorgt ist! Das kann m. E. nicht dadurch geschehen, daß in der Weise, wie es im vorliegenden Gesetz vorgeschrieben ist, Krankheiten und Krankheitsursachen, deren Zusammenhänge zum mindesten wissenschaftlich noch nicht genügend geklärt sind, in engste Beziehungen gepreßt werden. Gerechter und wirksamer als ein solches Vorgehen wäre eine durch Gesetzesverordnung vorgeschriebene Auslese der Tauglichen und Untauglichen für gewisse Berufe. Und hier wäre m. E. noch viel praktische Arbeit zu leisten! Durch eine vernünftige Auswahl wäre den Versicherten besser gedient und die Träger der Versicherung würden sich leichter und freudiger der wirklich klaren Schadenfälle annehmen können! Daß ein gegen Primeln empfindlicher Mensch für den Gärtnerberuf nicht tauglich ist, ist ebenso klar wie die Untauglichkeit des Farbenblinden für den Beruf des Seemanns oder Eisenbahners! Ebenso selbstverständlich sollte es sein, daß der latente Ekzematiker nicht für solche Tätigkeiten verwandt werden darf, die besondere Anforderungen an die Wiederstandsfähigkeit des Hautorgans stellen. Für den Seemann und den Eisenbahner ist die Untersuchung auf seine Farbentüchtigkeit von Gesetzes wegen vorgeschrieben! Wir sind heute, wenigstens bis zu einem gewissen Grade, imstande, durch die Hautfunktionsprüfungen die Ekzembereitschaft festzustellen. Wäre es also nicht besser, von Gesetzes wegen zu verlangen, daß vor der Einstellung eines Arbeiters in einen die Haut unter Umständen gefährdenden Betrieb neben den anderen üblichen Untersuchungen auch eine eingehende Hautfunktionsprüfung des Einzustellenden vorgenommen und damit seine Tauglichkeit für die von ihm verlangte Arbeit festgestellt würde?

Gewiß soll nicht verkannt werden, daß auch mit einer solchen Maßnahme nicht alle Schwierigkeiten überwunden werden können, denn auch der negative Ausfall der Hautfunktionsprüfungen schützt nicht davor, daß bei längerer Tätigkeit eine Sensibilisierung gegen diesen oder jenen Stoff eintreten kann. Sicherlich kann jedoch angenommen werden, daß damit von vornherein eine große Anzahl von in gewerblichen Betrieben vorkommenden Hauterkrankungen vermieden wird, und so mehr Nutzen gestiftet wird als durch die Vorschriften vom 1. II. 29, gegen deren Wert und Durchführbarkeit so viele und schwerwiegende Bedenken bestehen. Sicherlich erfüllt derjenige Gesetzgeber besser die Aufgaben der sozialen Fürsorge, der das Auftreten von Krankheiten zu verhindern sich bemüht, als der, der für möglichst jeden Krankheitsfall nach Zusammenhängen mit der beruflichen Tätigkeit des Befallenen und damit nach einer Entschädigungspflicht des Betriebes sucht.

Versammlungen

Ungarische Dermatologische Gesellschaft, Budapest

Sitzung vom 1. März 1929

Vorsitzender: Nékám

Szántó: 1. Atrophia cutis cum pigmentatione.

22jähr. Frau. Ihr Hautleiden entstand 1911 nach Pertussis, als deren Gefolge auch ihre Gelenke steif wurden. 1912 wurde ihre Haut stellenweise wund. Die 43 kg schwere Frau zeigt einen auffallend grazilen Knochenbau, vorgewölbte Stirnhöcker. Lungenspitze links oben kavernös. Koch-Bazillen +. Auf der Kopfhaut, besonders am parietalen und okzipitalen Anteil, an den Ohren, am Halse, Nacken und auf den Schultern, auf der Brust bis in die Gegend des dritten Interkostalraumes, am Rücken bis in der Höhe des neunten Rückenwirbels und auf den Nates die Haut verdünnt, zigarettenpapierähnlich, stellenweise wieder ganz fein, kleienartig schuppend. Die atrophische Partie mit linsen- bis hellergroßen pigmentierten Flecken bedeckt und mit winzigen Teleangiektasien besprenkelt; besonders enge nebeneinander sind dieselben am Rücken und an der Grenze der atrophischen Partie in der gesunden Haut sichtbar. Die Haut der Fingerglieder erscheint normal, mit Ausnahme der des dritten Gliedes, welche

Digitized by Google

atrophisch ist. Der Rand des Lippenrotes, die vordere Achselfalte und die vorderen Anteile des Bauches sind stark pigmentiert. Rote Blutzellen 3840000, weiße Blutzellen 8500. Hämoglobin 62%, Segment 63%, Jugend 4%, Stab 3%, Lymphozyten 28%, Monozyten 2%. Der Prozeß, welcher stellenweise an Poikiloderma atrophicans vasculare erinnert, entstand nach Sklerodermie, deren Spuren in der Leistenbeuge in Form einer handtellergroßen Plaque noch auffindbar sind. Die starke Pigmentation an den seitlichen Bauchpartien ist tuberkulöser Natur.

2. Atrophia cutis cum pigmentatione.

25jähr. Mann. Sein Hautleiden begann 1928 mit weißen Flecken. In den Lungen ein nodöser, fibrinöser Prozeß. Koch-Bazillen +. Gesichtshaut stark pigmentiert. Auf den Wangen eine hellergroße, weiße, sich derb anfühlende, im Niveau der Haut sitzende Veränderung, gegen die Umgebung nicht scharf abgegrenzt. Eine ähnliche, pengögroße Veränderung unter dem rechten Jochbogen; links am Kinne hellergroße, konfluierende, scharf begrenzte, steilrandige, stark pigmentierte, deprimiert atrophische Partien. Lippenrot mit pigmentierten Flecken besprenkelt. Rote Blutzellen 5100000, weiße Blutzellen 9200, Hämoglobin 78%, Segment 70%, Jugend 2%, Stab 1%, Lymphozyten 23%, Monozyten 2%.

Sellei: Die Atrophie und Pigmentation der einen Gesichtshälfte hängt vielleicht mit einer Hemiatrophia faciei zusammen.

Nebenführer, L. (Abt. Guszman): Inflammatio cutis racemosa calorica.

Kenedy, D. (Abt. Török): 1. Zwei Fälle von Inflammatio cutis racemosa.

2. Eine, die Dermatitis herpetiformis nachahmende Hautveränderung.

50jähr. Mann, seit Jahren ständiger Gast der Krankenhäuser. 11 Jahre verbrachte er in einer Nervenheilanstalt. Die Hautveränderungen beschränken sich auf den Stamm und bestehen aus nagelgroßen und größeren Denudationen, welche anscheinend durch Abstoßung einer Blasenoberfläche entstehen. Die Beobachtung auf der Abteilung klärte darüber auf, daß Pat. die Hautveränderungen dadurch zustande bringt, daß er durch Reiben die Epidermis entfernt, da er, wie er sich ausdrückt, dort einen Wurm spürt. Die interne Untersuchung ergab chronischen Darmkatarrh. Negatives Nikolsky-Phänomen.

3. Arsenkeratose.

Die 38jähr. Kranke nahm vor 5 Jahren 4 g Fowler-Tinktur (0,04 g Acid. arsenicosum) gegen Blutarmut. 6—7 Wochen später eine Veränderung an beiden Handflächen und Fußsohlen. Die Veränderung erstreckt sich auch auf die Rückenfläche der Finger, hauptsächlich auf die Grenze des zweiten und dritten Fingergliedes. Die Keratose ist diffus, an den Rändern Entzündung. Überempfindlichkeitsproben (Skarifikation, Auflegen und intrakutane Impfung) waren, wie bei den Arsenkeratosen gewöhnlich, negativ.

Guszman hält den Prozeß für ein rhagadiformes Ekzem.

Justus: Auf einem Fingerrücken sitzt ein scharf begrenzter, flach überragender, hyperkeratotischer Herd. Dies entspricht vollkommen der gewohnten, umschriebenen Arsenkeratose.

Kenedy: In der Literatur finden sich mehrere Fälle verzeichnet, in welchen auf kleine Arsendosen eine Keratose entstand. Im Falle von Mackenzie entstand auf 0,19 g Acid. arsenicosum am 29. Tage eine Keratose, im Falle von Moreira am 11. Tage. In den Fällen von Nielsen und Heuss trat die Keratose in der 4. Woche des Arsengebrauches auf.

Lehner (Abt. Török): Scleroedema adultorum Buschke.

18jähr. Mann. Der Prozeß begann vor 4 Wochen nach Influenza am Halse, verbreitete sich auf das Gesicht, den Rücken, Brustkorb und die oberen Extremitäten. Die Haut scheint auf Besichtigung normal, nur das Tasten verrät, daß die Haut derb, infiltriert und stellenweise sich hart anfühlt. Zeichnung der Hautoberfläche normal, die oberste Schicht der Haut über der infiltrierten Basis in geringem Maße verschiebbar. Subjektive Klagen bestehen nicht, nur am Halse und auf der Brust Spannung. Histologisch: mäßig verdicktes Epithel, Papillen verlängert, in der Papillarschicht Ödem, Bindegewebsfasern gelockert; in der oberen Schicht des Koriums und in der subkutanen Schicht interfibrilläres Ödem. Die kollagenen Fasern gedunsen, in ihr Gewebe eine homogene Masse gedrungen, weshalb sie auf das 3—4fache ihres ursprünglichen Umfanges angeschwollen sind. Die Spalten zwischen den Fasern infolge des interfibrillären Ödems erweitert. Kapillaren blutüberfüllt, Endothel gedunsen, Kapillarwand verdickt; derselbe Befund in den kleinen, mittleren Gefäßen. Perivaskuläres Infiltrat, welches aus fixen Bindegewebszellen besteht und in geringerem Maße aus Lymphozyten. Die

Digitized by Google

elastischen Fasern normal. Blutbild, Refraktion des Blutes und Harnbefund normal. Das Krankheitsbild ähnelt in vieler Beziehung der akuten Form der diffusen Sklerodermie, doch ist der Verlauf ein abweichender; während bei dem Sklerödem das inter- und intrafibrilläre Ödem langsam resorbiert wird und es zur vollen Restitution kommt, folgt bei dem Skleroderm der Bindegewebsinfiltration zunächst eine Hypoplasie, dann Atrophie. Aus diesem Grunde und wegen der günstigen Prognose müssen beide Prozesse streng auseinandergehalten werden. Vortr. hält aus diesem Grunde die von Sellei beantragte Bezeichnung Induratio benigna progressiva sub cute für berechtigt. Die Pathogenese ist unbekannt, doch besteht kein Zweifel, daß das Wesen der Erkrankung in einer schweren Affektion der tieferen Bindegewebsschichten zu suchen ist; die Affektion führt zu einer vollständigen Veränderung des Chemismus, was auch der Umstand beweist, daß die van-Gieson-Farbe im Gegensatz zur Norm von den Fasern aufgenommen wird. Daß bloß die tiefere Schicht der Haut affiziert ist, beweist unter anderem auch die Tatsache, daß die Reaktion der oberen Schichten auf entzündungserregende Reize (mechanische, thermische, chemische) und die gefäßverengernde Reaktion (Adrenalin) keine Abweichung von der Norm aufweisen.

Brezovsky: 1. Erythema pernio.

20jähr. Hausbedienstete, bei welcher im 13. Lebensjahre im Winter an beiden Händen und Füßen eine Veränderung entstand, die sich im Sommer besserte, um im Winter schlimmer zu werden. Handwurzel und Finger geschwollen, auf denselben rötlichbraune, knotige Veränderungen, stellenweise geschwürig. Auf beiden Unterschenkeln eine bläulichrötliche, handtellergroße Hautveränderung. An der Innenseite beider Knie zweifingerdicke, streifenförmige, das Niveau überragende, aus Knötchen zusammengesetzte Hautveränderung, lebhaft rot gefärbt und auf Berührung und Druck schmerzhaft. Tuberkulinreaktion negativ.

2. Lues tubero-serpiginosa ulcerosa.

Bei der 49jähr. Frau entstanden vor 16 Jahren auf Rücken und Brust Geschwüre. Pat. magerte immer mehr ab, hustet viel und schwitzt in der Nacht stark. Rückenhaut narbig, Narben unregelmäßig, mit zackigen Rändern und eingesunken. An der Grenze der behaarten Kopfhaut ein pengögroßes Geschwür von weicher Konsistenz, dessen Mitte eine schmutziggelbe Kruste bedeckt. Gleiche Veränderungen waren auch auf den Armen, den Schultern, auf beiden Brüsten, über dem rechten Schlüsselbein und auf der Stirn zu sehen. Tub. pulmonum. Bakteriologischer Befund: Staphylococcus albus. Untersuchung auf Blastomykose und Sporotrichose negativ. Tuberkulinimpfung positiv. Weiße Blutzellen 8900, rote Blutzellen 3300000. WR positiv. Nachdem auf antiluetische Behandlung der Zustand sich verschlimmerte, Insulinkur. Pat. nahm 4 kg zu und die nach besserer Ernährung begonnene antiluetische Kur erzielte rasche Heilung.

3. Carcinoma penis.

61jähr. Tagelöhner. April 1928 ein kleines Geschwür, das sich andauernd vergrößerte. Vorhaut nie zurückziehbar. An der Umschlagstelle der Vorhaut ein geschwüriger Tumor mit karfiolartigen Wucherungen. Beim Urinieren strömt der Harn aus 8—10 fistelartigen Öffnungen.

Doleschall (Abt. Brezovsky): Ichthyosis serpentina.

36jähr. Hausgehilfin, seit ihrem 4. Lebensjahre krank. Seit einem halben Jahre verschlimmerte sich ihr Zustand. Die Hautkrankheit erstreckt sich auf die gesamte Hautdecke, mit Ausnahme der großen Beugen. Hautdecke trocken, auf derselben große Hornschuppen. Hautfurchen sehr ausgesprochen. Gesichtshaut trocken und schuppt kleienförmig. An Handtellern und Fußsohlen Hyperkeratose.

Rajka macht auf die neuerdings erprobte Manganbehandlung aufmerksam, mit welcher Gulden und Boos volle Heilung erzielten. Das Mangan wird in schwacher Lösung intravenös injiziert.

Nékám: Die Ichthyosis hat verschiedene Ursachen, endokrine Störungen, Tuberkulose u. a. m. So sind jene Fälle erklärbar, welche auf Hormonbehandlung, Tuberkulin usw. heilen. Er erwähnt einen Mann, in dessen Familie sich kein Fall von Ichthyosis zeigt, bei dem doppelseitiger Kryptorchismus und Leistenbruch besteht und bei dem die Symptome der Ichthyosis in der Pupertätszeit in den Vordergrund traten.

Justus macht auf die Behandlung der Ichthyosis mit Schilddrüsenpräparaten aufmerksam. Durch konsequente Verabreichung erzielte er günstige Erfolge besonders bei jüngeren Personen. Beim größten Teil war die Schilddrüse nicht oder kaum zu tasten. Die Kroghsche Zahl war oft stark vermindert.

Digitized by Google

Rothman: 1. Salvarsan- und wismutresistente Lues III.

33jähr. Frau. WR +. Auf der äußeren Fläche des rechten Unterschenkels ein subkutanes Gumma von Kindhandflächengröße. Reagierte auf zwei kombinierte Salvarsan-Wismutkuren nicht; auf Jod rasche Rückbildung.

2. Pityriasis rubra pilaris.

15jähr. Lehrling, bei dem die Krankheit seit einer Woche, von oben nach unten sich verbreitend, den Stamm und die oberen Teile der Extremitäten befiel. Typische follikuläre, kegelförmige Papeln, aus deren Kuppe an den meisten Stellen ein lanugoförmiges Haar vorragt. Stellenweise hochgradiger Spinulosismus. Auf der behaarten Kopfhaut, an den ersten Fingergliedern keine Veränderung; Nägel frei.

Herczeg (Klinik Nékám): Dermatitis herpetiformis?

66jähr. Frau, vor 14 Jahren Verletzung der Wirbelsäule. August 1928 entwickelte sich zuerst am Rücken ein blasenartiger Ausschlag, derzeit am ganzen Körper, mit Ausnahme der Schleimhäute, stellenweise weist das Epithel bloß das Symptom der Clivage auf und es entwickeln sich äußerst schlaffe Blasen. Sie sind in einer gewissen figuralen Art, linienförmig angeordnet, zum Teil konfluiert, doch ist deren Umgebung nicht hyperämisch, keine Eosinophilie.

Lehner berichtet über eine neue Jodprobe, welche auch in Fällen, in welchen die Kutanproben negativ waren, ein positives Resultat ergibt. Er arbeitete in Gemeinschaft mit Rajka diese Probe aus, deren Wesen darin besteht, daß sie die Reagine nachweist. Die Jodempfindlichkeit beruht auf einer Sensibilisation, die Sensibilisation jedoch bedingt die Anwesenheit von Reaginen. Auf dem Nachweis der Reagine beruht die Probe, ist also ein passiver Übertragungsversuch. Es gelang mit der modifizierten Prausnitz-Küstnerschen sowie mit dem Kaninchenohrversuch von Lehner und Rajka die Reagine passiv zu übertragen.

Roszmanitz: Psoriasis und tubero-serpiginöses Syphilid.

♀33jähr. Maurer, seit 2 Monaten über dem linken Schulterblatte, auf der Stirne rötlichbraune, serpiginös angeordnete, mit Schuppen bedeckte Knoten. Am Ellenbogen, auf den Knien und zerstreut auf dem Stamme psoriatische Herde. WR +++.

Herczeg (Klinik Nékám): Pemphigus vulgaris.

50jähr. Landwirt. Jetziges Leiden entstand im Januar. Seither hochgradiger Körperverfall. Am ganzen Körper eingetrocknete oder aufgebrochene, aus Resten von Blasen bestehende krustige Auflagerungen bzw. pigmentierte Flecken. Die Blasen treten ohne hyperämische Umgebung auf. Im Blute 12% Eosinophilie.

Laubál (Klinik Nékám): 1. Dermatitis herpetiformis und Purpura anularis.

36jähr. Schmied. Auf der Unterlippe, dem weichen Gaumen und den Gaumenbögen sind teils unverletzte, teils geplatzte Blasen sichtbar; auf den oberen Extremitäten polymorphe Ausschläge, welche zum größten Teile aus Blasen auf hyperämischer Basis bestehen. Der Prozeß juckt und ist schmerzhaft. Auf beiden Unterschenkeln sind $^1/_2$—6 cm im Durchmesser fassende hämorrhagische Effloreszenzen, welche stellenweise eine ringförmige Zeichnung darstellen.

2. Erythema toxicum.

56jähr. Arbeiter. Die Hauterkrankung begann 1925 und rezidiviert jeden Winter, um in der wärmeren Jahreszeit abzuheilen. Auf den Extremitäten, besonders an deren distalem Anteil, an Fußsohlen und Händen, ferner den Gesäßbacken scharfbegrenzte, stellenweise konfluierende, rote, infiltrierte, im Zentrum abheilende, an den Rändern fortschreitende, papulöse, blasige Ausschläge sichtbar, welche im Zentrum sich immer erneuern. Für hämatogenen infektiösen Ursprung keine Anhaltspunkte. In bezug auf hämatogene toxische Ursache ergab sowohl die chemische Untersuchung als auch die hämoklasische Krise ein negatives Resultat.

Vámos (Klinik Nékám): Blastomykose?

44jähr. Feldarbeiter, den ein Stier in die linke Handwurzel stieß. Anfangs schwoll der Handrücken an, wurde schmerzhaft und rot. Jetzt am Handrücken papillomatöse Gewächse, zwischen denselben und an den Rändern livide, exulzerierte Knoten. In dem exzidierten Gewebsstücke die intrapapillaren Epithelzapfen verlängert; Akanthose. In der subpapillären Schicht aus Plasmazellen, Lymphozyten und Langhans-Riesenzellen bestehende Infiltrate. Bindegewebe gelockert, ödematös, an Zellen hauptsächlich Lymphozyten. Pirquet positiv. In den Schnitten gelang es bis jetzt keine Blastomyzeten zu finden, auch die Kultur mißlang.

Justus: Zum Nachweis der Blastoarten empfiehlt er seine Methode. Eine direkte Kulturgewinnung gelingt selbst auf Sabouraud-Nährboden nur ausnahmsweise. Mehr-

Digitized by Google

fach erzielte er ein günstiges Resultat durch Impfung auf weiße Mäuse und mit der aus der Maus gewonnenen Kultur.

Kémeri (Klinik Nékám): Die Ursachen der Dysidrosis.

Rajka: Die Dysidrosis kann als Krankheitseinheit betrachtet werden, welche durch verschiedene Ursachen entsteht, ähnlich wie Urtikaria oder Erythem. Ein Teil ist durch Pilze bedingt, bei diesen führt eine antimykotische Behandlung zum Ziele, in anderen Fällen überschwemmen pyogene Keime, welche aus einem eitrigen Herde, z. B. aus einem impetiginösen Herd resorbiert wurden, hauptsächlich die Extremitäten und führen zur Entstehung typischer Bläschen. Die Bläschen sind sowohl bei den durch Pilze entstehenden als auch durch Kokken verursachten Prozessen meist steril. Zur Erklärung dieses Umstandes kann angenommen werden, daß auf Einwirkung der allergischen Haut die Keime zerlegt werden und die während der Zerlegung entstehenden entzündungserregenden Produkte zu dem exsudativen Prozesse führen. Für die Anwesenheit einer Allergie spricht in den Pilzfällen die positive Trichophytinreaktion und die auf die Injektion desselben entstehenden Herd- und Allgemeinreaktionen. In einem Fall konnte er sogar nach einer derartigen Injektion das Entstehen eines Trichophytids beobachten. Im Organismus entstehende oder dorthin von außen gelangende Stoffe (krankhafte Produkte), auch andere infektiöse Keime können eine dritte Abart der Dysidrosis erzeugen. Für Herdinfektion spricht seine Beobachtung, daß ein hartnäckig rezidivierender Fall von chronischer Dysidrosis erst zur Abheilung kam, nachdem Pat., der an Emphysem und Bronchiektasie litt, Injektionen mit einer aus dem bronchiektatischen Sputum bereiteten Vazine erhielt. Es scheint, daß die Resorption der in den Bronchien gestauten Bakterien die dysidrotischen Anfälle auslösten.

Orsós-Szolnok vertrat stets die Auffassung, daß die Dysidrosis eine infektiöse Krankheit ist, selbst in Fällen, in welchen weder Pilze noch andere Keime nachgewiesen werden können. Ausgehend von der Voraussetzung, daß das infektiöse Virus oder dessen Toxin oder Antitoxin sich im Blasensafte befindet, führte er in den letzten Jahren folgende Behandlung durch: Er saugte den Blaseninhalt auf und vermengte behufs Desinfektion die gewonnene Flüssigkeit mit Yatrenpulver. Die so zubereitete Vakzine wird in entsprechender Dosis (0,2—0,4 g) in die Vene eingespritzt. Der Krankheitsprozeß besserte sich in jedem Falle auffallend und heilte in einem ansehnlichen Prozentsatze gänzlich aus.

Sitzung vom 5. April 1929

Haller (Abt. Sellei): 1. Scleroderma en coup de sabre.

18jähr. Mädchen, seit 6 Jahren gleichzeitig mit Auftreten der Menses in der Mittellinie der Stirn eine 5 cm lange, 1 cm breite, weiße, bandförmige Veränderung, welche sich nach einjährigem Bestande braun färbte und einsank. Schilddrüse vergrößert.

2. Salvarsandermatitis.

Liebner (Abt. Sellei): 1. Acrodermatitis atrophicans.

62jähr. Frau, Leiden seit 28 Jahren. Blutbild normal. Röntgen: am Rande der unteren Lendenwirbelkörper osteoarthropathische Zacken.

2. Fixes Antipyrinexanthem.

51jähr. Frau, bei der seit 6 Jahren an derselben Stelle unter Brennen und Spannungsgefühl sich braune Flecken bilden. Jetzt am linken Hals kinderhandgroßer, runder, scharf begrenzter, das Niveau mäßig überragender, bläulichbraunroter, warm anfühlbarer Fleck. Ähnliche in der linken Kniebeuge, über dem rechten Gastroknemius, der linken Schulter, über den Trochanteren, dem rechten Darmbeinkamm, in der Glutäalgegend und linken vorderen Achselfalte. Chinin, Pyramidon, Phenazetin oder Phenolphthalein konnten keinen Ausschlag hervorrufen. Kutanproben mit 1—5%iger Antipyrinlösung auf normaler und skarifizierter Haut und unter Heftpflaster verblieben sowohl auf der normalen Haut als auf den pigmentierten Stellen negativ. Auf 10%ige Antipyrinsalbe entstand nach einer Stunde eine Entzündung in den Herden. Blutbild normal.

3. Psychische (?) Urtikaria.

23jähr. Mediziner. Im Herbst 1924 kam Pat. erhitzt zur Vorlesung und bemerkte auf dem Unterarm einige Quaddeln, welche nach 10 Minuten verschwanden. Seitdem entstanden nach Erwärmung wiederholt Quaddeln zerstreut am Körper. Sein Zustand wird im Frühjahr und Herbst schlimmer. 1927 entstand der Ausschlag auch nach seelischer Emotion. Bei pharmakodynamischer Prüfung des endokrin-vegetativen Systems keine Veränderung. Nach einem Spaziergang und Treppensteigen entstehen bei Ein-

Digitized by Google

tritt in das warme Zimmer Herzklopfen, Kopfschmerz und hellergroße Quaddeln. Heftige hämoklasische Krise. Am 10. November wurde vor und während des Anfalles Blut entnommen und das Serum intrakutan injiziert. Das nach dem Anfalle entnommene Serum II erzeugte nach 5 Min. eine Quaddel und wurde $1^1/_2$mal so groß als die andere mit Serum I erzeugte (12—13 mm); um Quaddel II bildete sich ein $1^1/_2$ cm breiter, erythematöser Saum, während um Quaddel II kein erythematöser Rand entstand. 30 Min. nach Auftreten der Quaddeln schwand Quaddel I, während Quaddel II erst nach 50 Min. verschwand. Quaddeln erzeugt durch 50° C warmes Wasser geben dasselbe Resultat. Bei der Kontrollperson heftige Reaktion auf Serum II. Peptonbehandlung: 23 Injektionen (1—2 cg); schon nach der 5.—6. Injektion wesentliche Besserung. Derzeit entstehen Quaddeln bloß nach Erwärmung in geringem Maße und schwinden nach einigen Minuten. Nach psychischen Emotionen entstehen sie überhaupt nicht mehr. Die positive hämoklasische Krise und der Erfolg der Peptonbehandlung bekräftigen die Auffassung von Török über die „psychische" Urtikaria; nämlich die Anwesenheit eines durch die Wärmeeinwirkung im Organismus entstehenden und auf hämatogenem Wege in den Blutstrom gelangten toxischen Stoffes.

Hercz: Granulosis rubra nasi.

12jähr. Mädchen. An Nasenspitze und Nasenflügeln lebhaft rote Knoten. Hyperidrosis. Röntgen: dichterer Hilusschatten.

Somogyi: Erythema bullosum.

24jähr. Schuhmacher. Hohes Fieber. An den Extremitäten bräunlich-livide, runde Stellen, im Zentrum derselben 1—2 cm diametrale, lockerwandige, seröse Blasen. Auf dem harten Gaumen mehrere linsengroße Erosionen. Tonsillen unverändert.

Nebenführer (Abt. Guszman): Tuberculosis papulo-necrotica et indurativa.

16jähriges, gut entwickeltes Mädchen, seit einem Jahre krank. Auf den Unterschenkeln, der Streckseite der Knie linsengroße livide Narben, bohnengroße, kutane, subkutane, dichte, voneinander abgesonderte Papeln, welche zirzinäre Anordnung aufweisen. Auf der Beugeseite der Unterschenkel mandelgroße, schmerzhafte, von normaler Haut bedeckte Erosionen.

Balassa (Abt. Justus): Ein sich bessernder Fall eines riesengroßen Verbrennungskeloides.

18jähr. Mädchen erlitt die Verbrennung vor einem Jahre durch Petroleumlampe. Mit schweren Brandwunden lag sie 6 Wochen lang im Krankenhause. Auf deren Basis ein ausgedehntes Narbenfeld über der linken Gesichtshälfte, dem Halse und der Schulter gegen den linken Oberarm und nach rückwärts. Außer diesen kleinere Herde auf der rechten Gesichtshälfte, am rechten Oberarme, der rechten Mamma, am linken Unterarm und auf der linken Hand. Die linke Halsseite wird durch stämmige Bündel ungefähr auf die Hälfte verkürzt und diese Stränge ziehen den Kopf gegen die Schulter hinab. Der Arm kann bloß um 45° gehoben werden, da vom Rücken aus ein dicker, auch in die Subkutis reichender, fast knochenartiger Strang entlang dem rückwärtigen Schulterrand auf den Oberarm zieht. Die alleinstehenden Herde sind nußgroße und noch größere, mit Ausläufern versehene, brückenförmige, knotige, harte Gebilde. Auf der rechten Infraklavikulärfläche Verdichtung des Lungenschattens; rechter Hilus gleichfalls verdichtet. Funktionelles Geräusch über den Ostien. Puls 112, Grundumsatz 8%. Schilddrüse normal tastbar, auf Druck etwas empfindlich. Klinische Zeichen einer Hyperthyreose fehlen. Intaktes, zirkuläres Hymen. Per rectum $1^1/_2$ cm. Portio, Uterus kleiner als die Norm. Normale Adnexe. Menses regelmäßig. Wir verabreichten vor ungefähr 6 Wochen 3 Röntgenbestrahlungen (3 mm Aluminiumfilter, 2 H) auf die Schilddrüse. Eine Woche nachher ausgesprochene Herdreaktion; die gesamte, keloide Partie rötete sich, fühlte sich wärmer an, die Haut konnte leichter in Falten gelegt werden. Nach 2 Wochen milderte sich die Rötung, doch ist auch heute noch ein stark ausgesprochener Entzündungssaum zwischen den keloiden Stellen bemerkbar. Nach 3 Wochen verschwand auch dieser Entzündungsrand, die keloiden Teile wurden wesentlich weicher, das vorerst hart gewesene, derbe Gewebe kann nunmehr in Falten gelegt werden.

Kémeri würde außer Schilddrüsenbestrahlung auch Bestrahlung der Keloide versuchen. Er sah bei einem ähnlichen Keloid auf lokale Bestrahlung ein sehr gutes Resultat.

Beck: Bei den nach Verbrennungen entstehenden Narben ist es zweckmäßig, einen Unterschied zwischen den einfachen hypertrophischen und den keloidartigen Narben zu machen. Die ersteren bilden sich auch spontan zurück.

Digitized by Google

Rothman glaubt, trotz des schönen Heilresultates betonen zu müssen, daß außer klinischen „Eindrücken" kein sicherer Anhaltspunkt dafür vorhanden ist, daß zwischen Schilddrüsenhyperfunktion und Keloidbereitschaft ein Zusammenhang besteht. Der 8%ige Stoffwechsel der vorgestellten Kranken kann nicht als ein pathologischer Befund betrachtet werden.

Justus: Den Argumenten des Vorredners in bezug auf die pathogene Rolle der Schilddrüse bei Entstehung der Keloide ist er schon öfter begegnet. Hauptsächlich wurde der Einwand gemacht, daß nicht bei jedem, mit Keloiden behafteten Kranken eine Steigerung des Grundumsatzes vorhanden ist. Dazu bemerkt er, daß nach seinen Untersuchungen im größten Teil der Fälle der Grundumsatz nach Krogh wesentlich erhöht war. Andererseits finden sich auch solche Fälle, bei welchen der Grundumsatz nicht gesteigert ist oder nicht vermindert ist. Zur Erklärung dieses Umstandes bemerkt er, daß das Keloid eine äußerst ständige Neubildung ist, welche sich sehr langsam zurückbildet, weshalb die Symptome der Hyperthyrie, unter diesen auch die Erhöhung des Stoffwechsels, schon lange verschwunden sein können, während das Keloid noch besteht.

Balassa: Ausgebreitetes Röntgenulkus.

42jähr. Frau. Wegen heftiger Menorrhagie (Myom) erhielt sie 1911—1912 48 Bestrahlungen. 1915 Operation. 3 Jahre nach Röntgenkur Dermatitis, später ein nußgroßer Tumor, welcher mit Diagnose Röntgenkarzinom exstirpiert wurde. Das Röntgenulkus entwickelte sich seit 1928. 1903 Einreibung von Ung. ciner. Periostitis specifica. Auf dem Mons veneris, auf einer handflächengroßen Partie dichte Telangiektasien von punktförmigen Blutungen besprenkelt, außerdem pigmentierte Flecke. Im Zentrum der Veränderung ein kindhandgroßes Geschwür, Basis schmutziggelb. In der Umgebung ähnliche Geschwüre.

Rosenthal (Abt. Justus): Tbc. papulo-necrotica.

17jähr. Knabe. Seit 3 Jahren zerstreut über dem Körper pustelartige Ausschläge. Im Gesicht, der oberen Hälfte des Brustkorbes, am Nacken, auf der Rückseite der Hände und Finger linsengroße Papeln in verschiedenen Entwicklungsstadien; die frischen lebhaft rot, im Zentrum eine gelbe Pustel. Die späteren Papeln flacher, bläulichrot, in ihrer Mitte eine stark haftende Kruste oder kraterförmige Öffnung. An Stelle der abgeheilten Pusteln bleiben scharfbegrenzte, meist runde, ein wenig eingesunkene Flecken zurück.

Flamm (Abt. Justus): Erythema papulosum extensum dolorosum.

16jähr. Verkäuferin. Auf der Medialseite des linken Knies und Knöchels eine kindhandgroße, bläulichrote, teilweise aus Papeln zusammengesetzte schmerzhafte, exsudative Hautveränderung, welche sich auf 3 Azitophosanpillen fast zurückbildete. Die jetzt sichtbaren Eruptionen sind Rezidive.

Hlatky: Unter dem Einfluß der kalten Temperatur entstanden bei Frauen auf der Innenfläche der Schenkel, über den Knien und in der Achillessehnengegend livide Partien.

Liebner hält den Fall für eine Erythrozyanosis.

Guszman fragt, weshalb in die Diagnose das Wort „dolorosum" aufgenommen ist, da Pat. angibt, daß der Ausschlag nie schmerze.

Justus: Das Krankheitsbild schließt Erfrierung gänzlich aus. Die Fälle kamen nicht in der kalten Jahreszeit zur Beobachtung.

Schönstei (Abt. Justus): Lymphadenia circumscripta (Lymphosarkoma?).

42jähr. Mann. Seit 4 Monaten nimmt ein sich weich anfühlbares, rotes, auf die Schleimhaut übergehendes Infiltrat die Gegend um den Mund und der linken Wange ein. Eine ähnliche, dickere Geschwulst auf den Lippen, hier mit linsengroßen, härteren Herden. Histologisches Bild: Das subkutane Bindegewebe von einem runden, dunkelkernigen Zelleninfiltrat ausgefüllt..

Lehner (Abt. Török): Scleroedema adultorum und Acanthosis nigricans.

Der in letzter Sitzung vorgestellte Pat. zeigt seit 2 Wochen eine Acanthosis nigricans auf der Streckseite der Ober- und Unterarme, am Nacken, Achselhöhlen und Interskapulargegend. Die interne Untersuchung wies Hyperthyreose nach. Es handelt sich um den benignen, juvenilen Typ der Acanthosis nigricans. Wahrscheinlich ist sie durch die gleiche endokrine Störung (Hyperthyreose) verursacht, die auch das Sklerödem hervorgerufen hat.

Neuber berichtet über eine junge Frau, bei der kurz nach dem 30. Lebensjahr das Klimakterium eintrat. Im Blutserum Thyreoidea- und Ovariumausfall. Obduktionsbefund: Schwund der Ovarien.

Digitized by Google

Rothman: Die progressive akute Sklerodermie, deren Prognose infaust ist, ist von dem Buschkeschen Scleroedema adultorum abzusondern, welches mit einer Restitutio ad integrum ohne Atrophie abheilt.

Hornyánszky (Klinik Poór): Hydroa vacciniforme.

24jähr. Maurergehilfe, seit dem 2. Lebensjahre im Frühjahre an Gesicht, Handwurzeln, Unterarmen und am Halse blasige Ausschläge. Sie trocknen zu schwarzen Krusten ein, nach Abfall der Krusten bleiben Narben zurück. Gesicht und Hände sind im Laufe von 22 Jahren derart narbig geworden, daß Nase und Hände vollkommen deformiert sind. Hämatoporphyrin negativ.

Orsós: Alopecia areata generalisata.

Pintér (Klinik Nékám): Dermatitis atrophicans.

21jähr. Kinderpflegerin. Veränderung am linken Arme. An beiden Ellenbogen die Haut bläulichrot und verdünnt, fein gerunzelt.

Vámos (Klinik Nékám): 1. Neurofibromatosis.

42jähr. Arbeiterin. Großvater starb an Geisteskrankheit. An der rechten Wange seit Geburt Angioma cavernosum, welches im Laufe der Jahre dermaßen anwuchs, daß es einen Teil der Gesichtsknochen usurierte, seither fünfmal operiert. Seit dem 15. Lebensjahre die ersten Geschwülste. Ein Teil weich, ein anderer hart. Linsen- bis nußgroße Geschwülste wechseln ab. Vor Auftreten der Geschwülste fühlt die Kranke an den betreffenden Stellen Jucken. Am Körper zerstreut teils linsengroße, teils kindhandgroße pigmentierte Flecke.

2. Neurofibromatosis.

54jähr. Frau. Tante litt an Psychose. Die Krankheit entwickelte sich erst im 30. Lebensjahre; die linsen- bis bohnengroßen Geschwülste entstanden nicht am ganzen Körper, sondern nur in einzelnen Gegenden (Schulter, Hals, Brust). Erst in den letzten Jahren hat die Anzahl der Geschwülste erheblich zugenommen. Auch die pigmentierten Flecke sind bloß als linsengroße Flecke sichtbar.

3. Hydroa aestivale.

12jähr. Mädchen. Das Leiden zeigte sich im Frühjahre des vergangenen Jahres zum ersten Male und rezidivierte seither mehrmals. Bei der Aufnahme auf den Händen hyperämische Papeln, ähnliche im Gesicht; auf einigen auch Bläschen. Konjunktiven stark imbibiert. Im Blute und in den Fäzes Hämatoporphyrin.

Rothman: Auffallend ist das Fehlen von Narben.

Beck: Die Wirkung der Lichtstrahlen auf die Haut ist gemäß dem Grade der Empfindlichkeit ein verschiedener, beginnend vom Erythem bis zur Hydroa.

Herczeg (Klinik Nékám): Sarcoid Boeck?

41jähr. Eisenbahnarbeiter, Mutter starb an Tuberkulose. Am Nacken, Gesicht und Handrücken scharfbegrenzte, hyperämische, infiltrierte Plaques. Lungenspitzen laut Röntgenuntersuchung luftarm. Pirquet positiv. Histologisch im Epithel keine Veränderung, bloß in der Basalschicht Pigment in größerer Menge vorhanden. Im Bindegewebe aus Lymphozyten bestehende, nicht scharf umgrenzte Infiltrate; im Zentrum Epitheloidzellen. Die elastischen Fasern sind zugrunde gegangen. Plasmazellen nicht vorhanden.

Laubál (Klinik Nékám): Lupus miliaris disseminatus.

25jähr. Landwirt, im Gesicht, auf der Kopfhaut und am Halse scharf umgrenzte, rotfarbige Veränderungen. Im Zentrum eine an Akne erinnernde Erweichung. Periphere Drüsenpakete vergrößert, schmerzhaft. Pirquet schwach positiv. Histologisch: In den oberflächlichen Knötchen zentrale Verkäsung, viele Riesenzellen und Lymphozyten, in den tieferen viele Epitheloide und wenig Riesenzellen. Am Orte der lupösen Infiltration die elastischen Fasern zerstört, die Blutgefäße jedoch behielten ihre elastischen Elemente, was für Akuität des Prozesses spricht.

2. Lupus erythematodes disseminatus acutus.

30jähr. Schlosser. Zwei Geschwister starben an Tuberkulose. Hautleiden begann 1928. Im Gesicht diffuses, stellenweise mit Schuppen bedecktes Erythem. Auf den Handrücken und Handtellern und auf den Zehen scharf begrenzte, stellenweise konfluierende, hyperämisch infiltrierte Gebilde. Am harten und weichen Gaumen, an der Wangenschleimhaut vom Epithel entblößte hyperämische Stellen mit gelbem Belage. Nackendrüsen tastbar, schmerzhaft. Temperatur 37—38°. Pirquet positiv. Im Urin Albumen. Lungenbefund: beide Spitzen fleckig geschattet.

3. Ölmelanose.

30jähriger wohlgenährter Schmied. Gesichtshaut schmutzigbraun pigmentiert, ein wenig verdickt.

E. Lehner-Budapest.

Digitized by Google

Referatenteil

Fachzeitschriften

Réunion Dermatologique de Strasbourg

Sitzung vom 20. Januar 1929

(Bull. Soc. Franç. de Derm. et de Syph., 1929, Nr. 6)

Hufschmitt, G.: A propos du procès-verbal. Sur un cas de favus du à l'„Achorion Schoenleinii" (Zum Protokoll. Über einen Fall von Favus infolge von „Achorion Schönlein"). S. 479.

Der im November vorgestellte Fall hatte nach Angabe der Eltern mit Kerionbildung begonnen, was von Pautrier und Sabouraud bezweifelt wurde. Eigene Beobachtung hatte nicht stattgefunden, die Eltern bleiben bei ihren Angaben; die Möglichkeit des Beginns mit Kerion ist noch nicht bewiesen.

Gouin: A propos du procès-verbal. A propos de la communication de MM. P. Lanzenberg und Em. Walter sur l'Erythème polymorphe récidivant par poussées subintrantes depuis 6 mois. (Séance de juillet 1928) (Zu der Mitteilung der Herren P. Lanzenberg und Em. Walter über ein seit 6 Monaten in aufeinanderfolgenden Schüben rezidivierendes Erythema multiforme. [Sitzung vom Juli 1928]). S. 480.

Nach Angabe der Autoren hatte schließlich örtliche Röntgenbestrahlung günstig gewirkt. Es wird auf die stets guten Erfolge der sympathischen Röntgenbestrahlung nach Art der beim Lichen angewendeten beim Erythema multiforme hingewiesen.

Maire u. Woringer: Lichen plan buccal. Echec thérapeutique par la radiothérapie médullo-cervicale (Lichen planus der Mundschleimhaut. Therapeutischer Mißerfolg von Bestrahlungen des Zervikalmarks). S. 480.

Ein Erfolg war nicht eingetreten, eher eine weitere Ausbreitung. Pautrier ist davon nicht überrascht, da er beim Lichen planus der Mundschleimhaut fast immer Mißerfolge gesehen hat.

Maire und Woringer: Eruption généralisée consécutive à une vaccination (Generalisierte Eruption im Gefolge einer Impfung). S. 481.

4 Wochen nach der Impfung, die eine sehr starke Reaktion an den Impfstellen hervorgerufen hatte, erschien ein am Rumpf lokalisierter, aus zahlreichen, zum Teil gedellten Pusteln bestehender Ausschlag, der ganz den Eindruck einer generalisierten Vakzine machte. Nach weiteren 14 Tagen erschienen erythematöse, leicht schuppende Effloreszenzen die stellenweise zu größeren Flächen verschmolzen waren, an anderen medaillonartig wie Pityriasis rosea erschienen. Diese Erscheinungen und das späte Auftreten nach der Impfung erschweren die Annahme einer generalisierten Vakzine.

Lanzenberg, P., u. Chaumerliac: Eruption généralisée au tronc et aux membres à type d'érythème polymorphe, consécutive à une amygdalite aigue (Ausgebreiteter Ausschlag am Rumpf und den Extremitäten vom Typus eines Erythema multiforme im Anschlusse an eine akute Mandelentzündung). S. 482.

Im Anschluß an wiederholte Anginen entwickelte sich bei noch bestehendem Fieber ein Exanthem, das die typischen Charaktere des Erythema multiforme zeigte. An der Mundschleimhaut erodierte Blasen. In diesem wie in einem ähnlichen Falle muß an einen septizämischen Prozeß gedacht werden, für den die Tonsillen die Eingangspforte gebildet haben.

Leriche, R., u. Fontaine: Résultats éloignés du traitement chirurgical de la sclérodermie (Dauererfolge der chirurgischen Behandlung der Sklerodermie). S. 483.

Erscheint in einer späteren Nummer.

Redslob u. G. Lévy: Myopie spasmodique novarsénobenzolique (Spastische Myopie nach Novarsenobenzol). S. 483.

Bei dem Kranken, der schon während der ersten beiden Kuren geringe Intoleranzerscheinungen gezeigt hatte, traten während der dritten Sehstörungen auf, die ungefähr 3—4 Stunden nach der Einspritzung sich einstellten und ungefähr 40 Stunden anhielten. Der vorher hypermetropische Patient war während dieser Zeit myopisch. Es handelte sich um vorübergehende spastische Kontraktionen des M. ciliaris, die auf toxische Ein-

Digitized by Google

flüsse von seiten des Novarsenobenzols zu beziehen sind bei einem Patienten, der eine gewisse Überempfindlichkeit gezeigt hatte und durch die Hypermetropie prädisponiert war. Hier wie in ähnlichen Fällen hatten nur trivalente Arsenverbindungen die Erscheinung hervorgerufen, pentavalente nicht.

Pautrier, L. M., u. Diss: Bouton d'huile chez un ouvrier tourneur (Ölhaut bei einem Dreher). S. 486.

Die Erscheinungen waren nach Anwendung eines neuen Öls in der Fabrik aufgetreten. Haut der Arme gelbbraun, runzlig, verdickt, bedeckt mit linsengroßen konischen, nicht entzündlichen Papeln, die im Zentrum einen sehr harten, schwarzen Punkt zeigen, dazwischen Narben, in deren Bereich die Haut deprimiert, atrophisch ist. Dazu kommen infolge akuter Infektion große Papeln und Pusteln mit cremartigem Eiter, die bis zur Bildung von Furunkeln gehen. Ähnliche Erscheinungen in der Lumbalgegend, am Gesäß, den Schenkeln. Die Bildung der Narben erklärt sich aus dem histologischen Befunde.

Pautrier, L. M.: Maladie de Fox-Fordyce chez un jeune homme (Fox-Fordycesche Krankheit bei einem jungen Manne). S. 489.

Die Krankheit ist beim Manne sehr selten. Es fanden sich kleine, stecknadelkopfgroße gelblich-bräunliche harte Granulationen in den fast vollkommen unbehaarten Achselhöhlen und in der Umgebung der Brustwarzen; starkes Jucken.

Adrian u. Diss: Etude histologique d'un cas de poikilodermie (Histologische Untersuchung eines Falles von Poikilodermie). S. 490.

Übereinstimmung mit vorher von anderer Seite erhobenen Befunden.

Pautrier, L. M., u. Woringer: Premiers résultats du traitement des teignes par l'épilation à l'acétate de thallium (Erste Ergebnisse der Behandlung der Trichophytie mit Thallium-Epilierung). S. 491.

Behandelt wurden 10 Fälle von Mikrosporie, dabei 8 Heilungen, 2 Rezidive. Die Behandlung wurde durch Jodpinselungen unterstützt. Nachwachsen der Haare sehr schnell. Keine wesentlichen Nebenerscheinungen.

Beintema, K.: Possibilité de récupérer la culture primaire des cultures de dermatophytes d'aspect pléomorphes (Möglichkeit der Wiedergewinnung der Primärkultur von Kulturen von Dermatophyten von pleomorphem Aussehen). S. 494.

Kulturen, die pleomorph geworden sind, behalten bei weiterer Überimpfung diesen Charakter, während Kulturen mit Altersdegenerationen auf frischem Nährboden den Charakter der Ausgangskultur wiedergewinnen. Zur Verhinderung des Pleomorphismus empfahl Sabouraud seinen von Kohlehydraten vollkommen freien Konservierungsnährboden, durch den es aber auch nicht immer gelingt, den Pleomorphismus zu verhindern. jedenfalls muß von Zeit zu Zeit auf ihn weiter verimpft werden. Ist dies versäumt worden oder aus sonstigen Gründen ein Wiedergewinnen der Ausgangskultur auf diese Weise nicht möglich, so kann man es erreichen, indem man mit rechtwinklig gebogener Platinöse ganz kleine Partikelchen von der Kultur entnimmt und damit auf geeignetem Nährboden feine Furchen zieht, ohne die Kultur selbst zu übertragen. Enthält sie neben sterilen Myzelien nur ganz wenige Konidien, so scheinen diese zu haften und sich am Rande der Furchen zu entwickeln, so daß man die ursprüngliche Kultur des Pilzes wieder rein erhält.

Pautrier, L. M., u. Diss: Epithélioma baso-cellulaire pigmentaire du cuir chevelu (Pigmentiertes Basalzellenepitheliom des behaarten Kopfes). S. 498.

Der Tumor stellte ein Basalzellenepitheliom mit zylinderzellenartiger und elfenbeinartiger Umwandlung, sehr geringgradiger spindelzellenartiger dar, bei dem die große Zahl von Pigmentzellen auffiel, die sich im Stroma, den epithelialen Zügen und in den Höhlen im Inneren der Geschwulstlappen fanden. Im Stroma befanden sie sich in Makrophagen, in den epithelialen Zügen in banalen Tumorzellen, aber auch in sehr großen Massen in Zellen, die als Langerhanssche Zellen angesprochen werden mußten. in den Höhlen wieder in Makrophagen. Die große Menge des Pigmentes erklärt sich durch die große Zahl der Langerhansschen Zellen, von denen man annehmen kann. daß sie durch eine Differenzierung von Tumorzellen entstanden sind.

Hufschmitt u. Diss: Epithélioma sudoripare (Schweißdrüsen-Epitheliom). S. 503.

Der Tumor war bemerkenswert durch die lange Dauer seines Bestehens von 24 Jahren und die Ausdehnung über einen großen Teil des behaarten Kopfes. An vereinzelten Stellen erhalten gebliebene Drüsenzellen gestatteten die Natur des Tumors festzustellen.

E. Levin-Berlin.

Digitized by Google

Réunion Dermatologique de Lyon

Sitzung vom 18. April 1929

(Bull. de la Soc. Franç. de Derm. et de Syph., 1929, Nr. 6)

Nicolas, J., u. J. Rousset: Eruption confluente de papules de lichen plan sur les surfaces irradiées au cours d'un traitement radiothérapique radiculo-médulaire de cette affection (Konfluierende Eruption von Lichen-planus-Papeln an den bestrahlten Stellen im Laufe einer Behandlung dieser Krankheit mit Bestrahlungen der Rückenmarkswurzeln). S. 506.

Die hier mitgeteilte Beobachtung spricht gegen die Zweckmäßigkeit der früher üblich gewesenen örtlichen Bestrahlungen des Lichen planus.

Gaté, J., H. Gardère, G. Bosonnet u. P. Michel: Syphilis évolutive résistant au traitement. Manifestations cutanées à répétition. Néphrite chronique et sclérose pulmonaire avec poussées intercurrentes de corticopleurits de nature très probablement syphilitique (Gegen die Behandlung resistente Syphilis mit manifesten Erscheinungen. Wiederholte Hauterscheinungen. Chronische Nephritis und Lungensklerose mit interkurrenten Schüben von Pleuritis, wahrscheinlich syphilitischer Natur). S. 509.

Die seit 10 Jahren bestehende, nur im Anfang, dann 8 Jahre hindurch nicht behandelte Syphilis zeigt seit 2 Jahren wieder sich dauernd wiederholende manifeste Erscheinungen an den Genitalien und der Haut, die durch die Behandlung nur vorübergehend beseitigt wurden. Die Erscheinungen von seiten der Nieren und Lungen werden als syphilitische aufgefaßt.

Nicolas, J., J. Lacassagne u. J. Rousset: Epithélioma cliniquement basocellulaire du visage chez un malade de 73 ans présentant une dermite érythématosquameuse et hyperkératosique des deux avant-bras, avec acné comédonienne du visage due peut-être au goudron, et gros naevus mélanique papillaire du pli de l'aine (Klinisch als Basalzellen-Epitheliom erscheinende Geschwulst im Gesicht bei einem Kranken von 73 Jahren mit einer erythematös-schuppenden und hyperkeratotischen Dermatitis der Unterarme und Akne mit Komedonen im Gesicht, wahrscheinlich infolge von Teer, und melanotischem, papillärem Naevus in der Leiste). S. 512.

Der Pat. arbeitet seit 23 Jahren in einer Teerfabrik, damit hängen die Erscheinungen an den Armen und die Akne im Gesicht sicher zusammen; bezüglich der hier vorhandenen Neubildung ist es möglicherweise auch der Fall. Hingegen hat der Naevus in der Leiste schon vor Beginn der Beschäftigung mit Teer bestanden.

Gaté, J., G. Bosonnet u. P. Michel: Hydroa buccal. A propos de son traitement (Hydroa buccalis. Zu ihrer Behandlung). S. 515.

Die akut auf der ganzen Mundschleimhaut aufgetretenen, aus wenig hervorspringenden Bläschen entstandenen oberflächlichen, unregelmäßigen, von einem roten Saum umgebenen Erosionen werden als eine nur hier lokalisierte Hydroa aufgefaßt, da andere Erkrankungen auszuschließen waren; auch für eine zuerst vermutete fuso-spirilläre Stomatitis fehlte der bakteriologische Befund, die Flüssigkeit der Bläschen enthielt nur Staphylokokken in Reinkultur. Schnelle Heilung unter Behandlung mit Argent. nitr. 10% und Methylenblau 1% abwechselnd.

Nicolas, J., F. Lebeuf u. J. Rousset: Ulcérations périanales à fuso-spirilles chez un enfant ayant subi un coit pédérastique (Perianale Ulzerationen mit Fuso-Spirillen bei einem durch Päderastie mißbrauchten Kinde). S. 517.

14jähr. Knabe, $2^1/_2$ Wochen zuvor gegen seinen Willen mißbraucht, zeigt um den After herum eine oberflächliche unregelmäßige Ulzeration mit aufgeworfenen Rändern. Die Schleimhaut des Afters erscheint vollkommen unverändert. Es finden sich reichlich Fuso-Spirillen, andere Keime sind nicht vorhanden. Heilung unter abwechselnder Anwendung von Argent. nitr. 10% und Methylenblau 1%. Bemerkenswert ist bei der vorliegenden Ätiologie das ausschließliche Befallensein der äußeren Haut.

Gaté, J., G. Bosonnet u. P. Michel: Poussées de splénomegalie douloureuse et fébrile au cours d'une syphilis secondaire. Amélioration rapide par le traitement antisyphilitique. Splénite et périsplénite fébrile aigue syphilitique (Schübe schmerzhafter und fieberhafter Milzschwellung im Verlaufe einer sekundären Syphilis. Schnelle Besserung durch antisyphilitische Behandlung. Akute fieberhafte syphilitische Splenitis und Perisplenitis). S. 520.

Die Pat. war wegen eines in der Gravidität aufgetretenen Primäraffektes erst mit Salvarsan und Quecksilberzyanür, die beide schlecht vertragen wurden, dann mit

Digitized by Google

Wismut behandelt worden; einen Monat nach Beendigung der Behandlung heftige Schmerzen in der linken Seite des Bauches mit Koliken, Temperatursteigerung, umfangreiche Schwellung der Milz mit Schmerzhaftigkeit. Unter erneuter Wismutbehandlung gehen die Erscheinungen schnell zurück.

Nicolas, J., J. Lacassagne u. J. Rousset: Orchi-Epididymite double fistulisée avec dermite verruqueuse puboscrotale. Gomme volumineuse de la fesse. Lésions d'origine syphilitique probable (Doppelseitige Orchi-Epididymitis mit Fistelbildung und verruköser Dermatitis an den Pubes und am Skrotum. Umfangreiches Gummi am Gesäß. Erscheinungen wahrscheinlich syphilitischer Natur). S. 522.

Die Erscheinungen bei dem Kranken konnten zunächst den Eindruck einer tuberkulösen Erkrankung erwecken, zumal er vor einigen Jahren wegen Drüseneiterung operiert worden war und einige Zeichen von seiten der Lunge bestanden. Die lange Dauer der Krankheit und das gute Allgemeinbefinden, ferner auch fehlende Veränderungen an der Prostata und besonders die ein tiefes nekrotisches Gummi darstellende Veränderung am Gesäß begründeten die Diagnose, die dann auch durch Ausfall der WR und den Einfluß der spezifischen Therapie bestätigt wurde.

Gaté, J., G. Bosonnet, P. Michel u. A. Vidal: Dermite des jambes avec lichénification secondaire revêtant en certains points l'aspect du „lichen obtusus" et de lichen corné (Dermatitis an den Beinen mit sekundärer Lichenifikation, die in gewissen Punkten den Anblick des „Lichen obtusus" und des Lichen corneus bot). S. 525.

Die Erkrankung begann bei der 73jähr. Frau mit Ödemen an den Beinen, deren Ursache nicht sicher ist, dann trat eine Dermatitis auf, anscheinend nach spontaner Entleerung eines Teils der Flüssigkeit, der eine sekundäre Lichenifikation folgte mit großen verrukösen, leicht hyperkeratotischen Flächen, an anderen Stellen mit erbsengroßen Papeln. Diese ließen an Lichen obtusus denken, die hyperkeratotischen Plaques an Lichen corneus hypertrophicus, doch fehlten follikuläre Einsenkungen, Hornkegel, Jucken. Histologisch zeigen sich keine für Lichen sprechenden Veränderungen, sondern im wesentlichen chronisch-entzündliche mit darauffolgender Lichenifikation.

Nicolas, J., G. Massia u. J. Rousset: Epithélioma plan cliniquement pagétoide de la cuisse, anatomiquement baso-cellulaire typique (Flaches Epitheliom am Schenkel, klinisch pagetoid, anatomisch typisch baso-zellulär). S. 527.

Klinisch konnte der Fall fälschlich für eine heterotope Pagetsche Erkrankung gehalten werden, während es sich tatsächlich um ein echtes Basalzellen-Epitheliom handelte.

Nicolas, J., J. Lacassagne u. J. Rousset: Tuberculose verruqueuse du quatrième orteil droit. Ostéite tuberculeuse chondro-costale (Tuberculosis verrucosa der vierten rechten Zehe. Tuberkulöse Osteo-Chondritis an den Rippen). S. 532.

Die ganze Zehe ist von dicht aneinander gedrängten papillären Wucherungen bedeckt, die an der Oberfläche von Hornbildungen bedeckt sind. An der Wurzel der Zehe sind sie von der gesunden Haut durch eine infiltrierte, leicht nässende, erythematöse Zone getrennt. Große, harte, bewegliche Drüsen in der rechten Leiste. Röntgenologisch zeigt die Zehe Dekalzifikation und allgemeine Knochenhypertrophie, keine Unregelmäßigkeit der Konturen. An der Brust, entsprechend 9. und 10. Zwischenrippenraum ulzerös-krustöse, aus mehreren unregelmäßigen Plaques verschmolzene Läsion, an den darunter liegenden Geweben adhärent, bei denen es sich um Osteo-Chondritis der Rippen handelt. Erscheinungen von seiten der Lunge. Die tuberkulöse Natur der Zehenaffektion erscheint sicher, fraglich könnte sein, ob sie wirklich als Tuberculosis verrucosa oder als Lupus verrucosus zu bezeichnen ist. E. Levin-Berlin.

Réunion Dermatologique de Nancy

Sitzung vom 26. April 1929

(Bull. Soc. Franç. de Derm. et de Syph., 1929, Nr. 6)

Spillmann u. de Lavergne: Syphilis secondaire évolutive non traitée et sérologie négative (Manifeste sekundäre, nicht behandelte Syphilis mit negativer Serumreaktion). S. 537.

Es handelt sich um einen Fall frischer noch nicht behandelter Syphilis mit hypertrophischen erodierten Papeln bei einem jungen Mädchen, der dauernd, auch während und nach der Kur negativen serologischen Befund zeigte. Diese Fälle lassen an abnorme,

Digitized by Google

der malignen nahestehende Syphilis denken, für die hier die klinischen Erscheinungen allerdings nicht sprachen; auffallend ist nur, daß die Papeln mit leicht atrophischen, an den Rändern pigmentierten Narben abgeheilt sind.

Spillmann: Traitement mercuriel indéfiniment prolongé et vieilles syphilis (Unendlich lange fortgesetzte Quecksilberbehandlung und alte Syphilis). S. 541.

Es gibt eine große Zahl Personen mit seit ungefähr 30 Jahren bestehender Syphilis, die dauernd mit alle 1—2 Jahre wiederholten Quecksilberbehandlungen (Einreibungen, Einspritzungen löslicher oder unlöslicher Präparate, besonders graues Öl) behandelt, sich körperlich vollkommen wohl befinden, gesunde Nachkommenschaft erzeugt haben, dauernd negative WR zeigen. Die Vorwürfe, die der Quecksilberbehandlung gemacht werden, beruhen auf ungenügender und nicht lange genug fortgesetzter Behandlung. Fünf einschlägige Fälle werden näher beschrieben.

Spillmann, Créhange u. Polu: Stomatite bismuthique grave. Sensibilisation au bismuth (Schwere Wismutstomatitis. Sensibilisierung gegen Wismut). S. 544.

Erscheint in einer späteren Nummer.

Jacquet: Essai de traitement des ulcères variqueux par les injections sclérosantes et la botte de Unna (Versuch einer Behandlung der varikösen Geschwüre mit verödenden Einspritzungen und Unnaschem Zinkleimverband). S. 545.

Durch Kombination von Einspritzungen von Natr. salicyl. 10—20—30% in einer Menge von 3—8 ccm mit Zinkleimverbänden nach Unna wurden bei verschiedenartigen Fällen von Varizen, auch schon bei leichter Insuffizienz der Venenwand gute Erfolge erzielt. Sonstige geeignet erscheinende Maßnahmen sollen aber außerdem zur Anwendung kommen.

Spillmann, Drouet u. Verain: Dermatoses et Alcalose (Hautkrankheiten und Alkalose). S. 546.

Während in einer Reihe von Ekzemfällen sich im Blut eine Azidose gezeigt hatte, konnte in anderen eine Alkalose nachgewiesen werden, es besteht also keine einheitliche Formel. Alkalose wurde weiter bei verschiedenartigen Ekzemen, Lichen planus, Urtikaria, primären und sekundären Erythrodermien, Psoriasis gefunden. Als Ursachen der Störung des Säure-Basen-Gleichgewichts kommen fehlerhaft durchgeführte vegetarische Ernährung, Verdauungsstörungen, besonders Obstipation, neuro-vegetative Störungen in Betracht. Für den Nachweis der Alkalose im Blut ist besonders die elektrometrische Methode von Wert. Die Behandlung beruht auf Beseitigung der zugrundeliegenden Ursachen; Medikamente, die sie unterstützen sind Phosphorsäure, Salzsäure, intravenöse Einspritzungen von Calcium chlorat., Natr. chlorat., intramuskuläre Einspritzungen von Magnesiumsulfat. Die Erfolge sind gute, doch stellt sich der vorhergehende Zustand sehr schnell wieder her, was für das Vorliegen einer alkalischen Diathese spricht.

Fruhinsholz, A., J. Watrin u. H. Vermelin: Syphilis et grossesse: Résultat au traitement antisyphilitique (Syphilis und Schwangerschaft: Erfolg der antisyphilitischen Behandlung). S. 555.

Im Gegensatz zu der sonst bekannten günstigen Beeinflussung des Fötus durch antisyphilitische Behandlung der Mutter während der Schwangerschaft wird ein Fall beschrieben, in dem eine Frau, die bereits mehrere, unglücklich verlaufene Schwangerschaften durchgemacht hatte und eine positive WR aufwies, vor und während einer erneuten Schwangerschaft energisch antisyphilitisch behandelt worden war. WR danach dauernd negativ. Trotzdem 3 Wochen vor dem normalen Ende der Schwangerschaft Ausstoßung eines mazerierten Fötus, in dessen Organen, ebenso wie in Plazenta und Nabelschnur keine Spirochäten nachweisbar waren. Es zeigen sich hier wesentlich Gefäßveränderungen, was die Erwägung nahe legt, ob man nicht lieber hätte eine intensive Jodbehandlung anwenden sollen.

Watrin, J.: Deux cas de naevo-carcinomes guéris rapidement par la radiothérapie associée à l'électrolyse négative (Zwei Fälle von Naevo-Karzinom, schnell geheilt durch Röntgenbestrahlungen in Verbindung mit negativer Elektrolyse). S. 556.

Heilung in 2 Fällen mit gutem kosmetischem Erfolg.

Spillmann u. Watrin: Tuberculoides érythémato-atrophiques du thorax (Erythematös-atrophisches Tuberkuloid am Thorax). S. 557.

Der 52jähr. Kranke zeigt um den Thorax herum rötlich-violette, weiche Flecke, die sich allmählich vergrößert haben und im Zentrum eingesunken sind; die Haut erscheint atrophisch, chagriniert. Nach dem klinischen Befund wurde Sklerodermie, erythematöse Anetodermie ausgeschlossen, man denkt an erythematöse Atrophodermie, für

Digitized by Google

die der histologische Befund sprechen würde, der ein deutlich tuberkuloides Bild zeigt. Behandlung nach Art der Sarkoide mit halbwöchigen Einspritzungen von Salvarsan in steigender Dosis und Einspritzungen einiger Tropfen Tuberkulin im Niveau der einzelnen Effloreszenzen.

Watrin, J.: Psoriasis et syndrome adiposo-génital (Psoriasis und adiposogenitaler Symptomenkomplex). S. 558.

15jähr., seit 12 Jahren in Beobachtung stehender junger Mann mit Psoriasis, Neigung zu Fettsucht, Atrophie der Hoden. Pluriglanduläre Opotherapie versagte vollkommen, auch Arsen. Neuerdings durch Enesol Beseitigung der Psoriasiseffloreszenzen, Entwicklung der Genitalien, Haarwuchs an den Pubes; doch kann es sich auch um normalen Eintritt der Pubertät und deren günstigen Einfluß gehandelt haben.

Spillmann, L., Créhange u. Polu: Pemphigus subaigu à début bucco-pharyngé de longue durée (Subakuter, zuerst an Mund- und Pharynxschleimhaut aufgetretener Pemphigus von langer Dauer). S. 559.

Die Erscheinungen an der Mund-Pharynxschleimhaut waren 7 Monate lang isoliert geblieben, so daß die richtige Diagnose nicht gestellt wurde. Das ganze Krankheitsbild, das während dieser Zeit einen gutartigen Eindruck gemacht hatte, änderte sich, sobald Erscheinungen auf der Haut auftraten; die Behandlung war bisher unwirksam.

Spillmann, Créhange u. Polu: Neurogliomatose chez deux sœurs (Neurogliomatose bei zwei Schwestern). S. 564.

Bei der älteren Schwester waren zunächst violette Flecke an der Schulter aufgetreten, an deren Stelle sich jetzt ein umfangreicher Tumor entwickelt hat; außerdem weiche Naevi in größerer Zahl. Diese noch viel zahlreicher bei der jüngeren Schwester, bei ihr außerdem einige Pigmentflecke, zwei Tumoren am N. saphenus internus und cubitalis. Bei beiden an den Unterschenkeln Erythema induratum.

Spillmann: Ichthyose noire du type sauriasis (Ichthyosis hystrix vom Sauriertypus). S. 564.

5jähr. Kind mit generalisierter ichthyosiformer Hyperkeratosis. Kongenitaler, progressiv zunehmender Zustand. Behandlung erfolglos.

Spillmann: Pityriasis rubra pilaire amélioré puis guéri par la médication antisyphilitique arsenicale (Pityriasis rubra pilaris, gebessert, dann geheilt durch antisyphilitische Arsenbehandlung). S. 565.

Behandlung mit Azetylarsan und Gambeol. Der Fall zeigt, daß auch bei Fehlen klinischer Syphiliserscheinungen und negativer WR die antisyphilitische Behandlung von Erfolg sein kann. E. Levin-Berlin.

Annales des Maladies Vénériennes

1929, Bd. 24, Nr. 6

Boutelier, A.-Uriage: Les cures hydrominérales sulfureuses dans le traitement des syphilitiques (Die Kuren mit Schwefelquellen in der Behandlung der Syphilitiker). S. 401.

Zweierlei Wirkungen kommen den Schwefelquellen zu: sie heben einmal den Allgemeinzustand des Syphilitikers, andererseits wirken sie unterstützend auf die spezifische Behandlung. Beim Quecksilber wirken sie beschleunigend auf die Resorption der noch im Organismus befindlichen Depots und verhindern dadurch die Bildung unlöslicher und inaktiver Rückstände. Ähnlich ist die Wirkung des Schwefels auch beim Wismut, wo die schnellere Eliminierung die Verträglichkeit verbessert und etwa schon bestehende Intoxikationen (Wismutsaum) schneller zum Verschwinden bringt. Bei der Salvarsanbehandlung werden die Schwefelquellen den Gesamtorganismus kräftigen. Empfehlenswert ist die Schwefelbehandlung bei allen metaluetischen Erkrankungen, mit Ausnahme schwerer Schädigungen des Gefäßapparates. Schwere Herzinsuffizienz ist eine absolute Gegenindikation für die Schwefelbehandlung. Ebenso wird man Kranke mit Leber- und Nierenschädigungen von der Behandlung ausschließen.

Belgodère: Curieuse évolution pigmentaire d'une cicatrice de chancre syphilitique (Eigentümliche Pigmentbildung in einer luetischen Ulkusnarbe). S. 441.

Bei einem jungen Mann mit luetischem Ulkus am Penis und papillösem Exanthem bleibt nach Abheilung sämtlicher Hauterscheinungen an der Stelle, wo das Ulcus saß, eine braune Pigmentierung zurück. Auf Wunsch des Pat. wird diese exzidiert. Trotz-

Digitized by Google

dem im Gesunden operiert wurde, bildete sich einige Zeit nachher rings um die rötliche Narbe wiederum ein tiefbraun gefärbter Pigmentstreifen von etwa 2 mm Breite. Vielleicht war durch die Narbe irgend eine chemotaktische Wirkung auf die Pigmentzellen ausgeübt worden, während das Pigment nicht in den zentralen Teil, wo sich das neu gebildete Gewebe befand, eindringen konnte, zweifellos infolge fehlender vaskulärer oder nervoser Verbindungen mit dem peripheren Gewebe.

Deolindo, A. Pasqualis-Buenos Aires: Terrain syphilitique et syndromes appendiculaires (Lues und appendizitische Symptome). S. 445.

Zwei Geschwister, die an chronischer Obstipation und Sodbrennen seit längerer Zeit leiden, bekommen kurz hintereinander typische appendizitische Anfälle mit heftigen Schmerzen, geringer Temperatursteigerung und Erbrechen. Nach Entfernung der mehrfach abgeknickten, um ihre Achse gedrehten Appendix, bleiben die Magen-Darmbeschwerden noch bestehen und hören erst auf, nachdem bei beiden Geschwistern eine spezifische Behandlung eingeleitet worden war, wozu der positive Wassermann die Veranlassung gegeben hatte. Verf. weist auf dieses in der Literatur bereits bekannte Zusammentreffen von Lues und Appendizitis hin und betont die Notwendigkeit einer spezifischen Behandlung, selbstverständlich im Verein mit der Appendektomie.

1929, Bd. 24, Nr. 6 b, Ergänzungsheft

Boyer, P.-Paris: Bibliographie du Bismuth (Die Wismutliteratur). S. 483.

In dankenswerter Weise hat Verf. sich der Mühe unterzogen, aus der Weltliteratur die überaus zahlreichen Arbeiten über die Wismutbehandlung der Lues zusammenzustellen, um, wie er selbst sagt, denen, die auf diesem Gebiet arbeiten, die zeitraubenden literarischen Vorarbeiten zu ersparen. Die Übersicht umfaßt alle bis Ende 1928 erschienenen Abhandlungen. F. Landauer-Berlin.

Actas Dermo-Sifiliograficas

Januar 1929, Nr. 4

De Gregorio, E.: Contribución al estudio de las epidermomicosis (Beitrag zum Studium der Epidermomykosen). S. 207.

Die Hände und Füße sind nach Verf. die am häufigsten befallenen Lokalisationen der verschiedenen Hautkrankheiten. Unter ihnen existiert eine große Gruppe, die durch pflanzliche Parasiten erzeugt wird und die die sogenannten epidermophytischen Afektionen bilden. Verf. bespricht an der Hand der Literatur und auf Grund eigener Beobachtungen die Triphyten und die Epidermophyten vom botanischen Gesichtspunkt aus, schildert die ekzematiformen Epidermomykosen und die dishydrotischen Epidermomykosen und die Dishydrosis vera (Tilbury-Fox) die eine eigene Symptomatologie hat, im Sommer und Winter auftritt und manche Individuen zwei- oder dreimal im Jahre befällt. Ein besonderes Kapitel ist der Differentialdiagnose und der Technik der Pilzuntersuchung gewidmet. Die Krankheiten sind nach Verf. außerordentlich chronisch und rezidivierend und dauern, wenn sie nicht diagnostiziert werden, jahrelang. Das Medikament der Wahl ist die Jodtinktur mit nachfolgender Pulverbehandlung. Eventuell an Stelle von indifferenten Pulvern die Anwendung von Zinksalbe.

Ledo, E.: Sindrome Polimorfo, Doloroso, Agudo, Generalizado, Desencadenado después de una primera inyeccion de vacuna antitifica (Polymorpher, schmerzhafter, akuter, generalisierter Symptomenkomplex hervorgerufen durch eine einzige Einspritzung von Typhusvakzine). Klinische Notiz. S. 232.

Der 22jähr. Pat. erhielt am 23. Februar 1926 zusammen mit vielen anderen Rekruten eine einzige Einspritzung mit Typhusvakzine. In derselben Nacht erkrankte er an Schüttelfrost, heftigem Fieber, Übelkeit, Schmerzen an der Injektionsstelle in der linken Schultergegend ausstrahlend in das entsprechende Drüsengebiet, welches in dem Maße anschwoll, als das Fieber nachließ, so daß Pat. trotz des geringen Fiebers 2 Tage lang seinem Dienst nachgehen konnte. Es entstand starkes Jucken an verschiedenen Körperstellen und im Anschluß daran eine heftige Bläschenentwicklung am Vorderrande beider Achselhöhlen. Am 27. Februar hatte sich die Eruption allgemein ausgebreitet, und es erschienen als neue Erscheinung Elemente, welche sich von der umgebenden Haut scharf abgrenzten und eine weißliche Verfärbung zeigten. Am 28. Februar blieb der Zustand stationär. Am 1. März und den folgenden Tagen trat ein neuer heftiger

Digitized by Google

Ausbruch der Krankheit ein, in dem die zuerst befallenen Stellen sich zum großen Teil exkoriierten und sich mit großen Blasen und Krusten bedeckten. Nach 2 Tagen relativer Ruhe zeigte der Kranke eine vesiko-bullöse, an einigen Stellen erythematöse Eruption mit heftigem Jucken und Brennen. An den Händen und Füßen befanden sich isolierte Elemente und krustöse Reste von Effloreszenzen der vorangegangenen Tage. Die Temperatur betrug 38,3°. Es bestand Übelkeit, belegte Zunge, Verstopfung und Appetitlosigkeit. Nach drei Eigenblutinjektionen trat eine entschiedene Tendenz zur Heilung ein.

Sainz de Aja, E.-Alvarez. Sobre patogenia y tratamiento de la eritrocianosis cutis simetrica supramaleolar (Über die Pathogenese und Behandlung der Erythrozyanosis cutis symmetrica supramalleolaris). S. 234.

Nach Verf. ist die im Titel genannte Affektion eine Krankheit des weiblichen Geschlechts und der Pubertät und hat ihre unmittelbare Ursache in einer ovariellen Insuffizienz. In manchen Fällen kommen zu der genitalen Insufizienz auch andere Ursachen wie Blutarmut und Tuberkulose dazu. Für diese Fälle eignen sich zur Behandlung Sonnenbäder, frische Luft, Ruhe, Arsen, Eisen, Kalk und andere Heilmittel.

Hombria, J. y Soto, R.: Las radiaciones Roentgen en los pruritos (Die Röntgenbestrahlungen bei Hautjucken). S. 237.

Nach Verf. können alle Formen von Pruritus in größerem oder geringerem Grade durch die Röntgentherapie modifiziert werden. Einige Fälle von Jucken rezidivieren bei kleinen Dosen. Es scheint, daß es diejenigen sind, welche später nach großen Dosen vollständig zur Heilung kommen.

Hombria, M.: Sobre un nuevo medio de cultivo para hongos patogenos (Über eine neue Züchtungsmethode pathogener Pilze). S. 243.

Verf. hat sich ein Verfahren ausgedacht, welches davon befreit, unsere ganze Pilzsammlung jedesmal auszusäen, wenn wir verpflichtet sind, einen frisch isolierten Hautpilz einer Affektion zu identifizieren. Dieses Vorgehen besteht darin, ein für allemal die Gesamtheit der Pilze, über welche wir verfügen, auf die drei klassischen Nährböden von Sabouraud zu überimpfen: Maltoseagar, Glukoseagar und Peptonagar ohne Zucker. Wenn alle diese Exemplare zu den verschiedenen Etappen des Wachstums (15 Tage, 1 Monat, 1½ Monat oder 2 Monate) angelangt sind, dann härtet Verf. sie in Formol und verkittet die Petrischale, um ein späteres Eintrocknen zu vermeiden. Zur besseren Ansicht der Umrisse der Kulturen wird dem Nährboden eine schwarze Substanz zugesetzt im Verhältnis von 5 g auf jeden Liter des Nährbodens. In diesem glänzend schwarz gefärbtem Medium wachsen alle Dermatophyten an den gewöhnlichen Stellen und es heben sich auf der Oberfläche mit aller Klarheit die feinsten Verzweigungen ab.

Bejarano, J.: Contribucion al estudio de la queilitis glandularis (Beitrag zum Studium der Cheilitis glandularis). S. 245.

Die Krankheit charakterisiert sich nach Verf. durch das Erscheinen an der Unterlippe, niemals an der Oberlippe von einigen lebhaft roten oder rotvioletten Punkten, welche sich an der Grenze der Pseudomukosa und genuinen Mukosa lokalisieren. Diese Punkte repräsentieren wirkliche Öffnungen, aus welchen sich kleinste Tropfen einer klaren Flüssigkeit von ein wenig schleimiger Konsistenz herausdrücken lassen. Zuweilen trifft die Affektion mit empfindlichen Prozessen der Lippen zusammen. Histologisch findet man eine Heterotopia der Schweißdrüsen, welche an der Pseudomukosa der Lippe erscheinen, wo sie normalerweise nicht vorkommen. Man findet dann eine beträchtliche Hypertrophie mit Erweiterung ihrer Ausführungsgänge. Die einfache Cheilitis glandularis ist ein chronischer entzündlicher Prozeß der Lippe, welchen man in der Literatur erwähnt findet unter der alten Bezeichnung Cheilitis glandularis apostematosa. Von 8 vom Verf. beobachteten Fällen wurden 6 bei männlichen Individuen im reiferem Alter beobachtet, bei 2 bestanden gleichzeitig Epitheliome der Unterlippe.

Bejarano, J., u. Enterria, E.: Un caso de lepra máculoanestésica (Ein Fall von Lepra maculo-anaesthetica). S. 249.

Nach Beschreibung des klinischen Krankheitsbildes weist Verf. darauf hin, daß verschiedene Untersuchungen des Nasenschleims vor und nach der Einverleibung von Jodkali negative Resultate ergeben haben, trotzdem einer der Abstriche spärliche säurefeste Bazillen ergab, die jedoch weder nach ihrer Zahl, noch Gruppierung mit Sicherheit mit dem Leprabazillus identifiziert werden konnten. Auch in dem Abstrich von der Oberfläche einer exzidierten pigmentierten Effloreszenz gelang der klare Nachweis des Hansenschen Bazillus nicht. Dagegen konnte in den Krusten die Anwesenheit einiger typischer Haufen von Leprabazillen nachgewiesen werden, so daß kein Zweifel

Digitized by Google

über die Diagnose der Krankheit besteht. Die serologischen Untersuchungen ergaben folgende Resultate: Komplementablenkung mit normalen Antigen negativ, mit Lepraantigen stark positiv. Trübungsreaktion von Meinicke negativ, Flockungsreaktion nach Kahn negativ. Auffallend war in diesem Falle das Vorhandensein einer erythematopigmentierten Zone im Gesicht, wo diese leprösen Veränderungen nicht häufig sind, da sie vielmehr am Rumpf und den Extremitäten beobachtet werden.

Sainz de Aja, A. E.: Paludización y reacción de Herxheimer (Malariabehandlung und Herxheimersche Reaktion). S. 259.

Der 36jähr. Pat. war vor 16 Jahren syphilitisch infiziert und hatte im Jahre 1925 an tertiärer Syphilis des Gesichts gelitten, welche nach 3 Neosalvarsaninjektionen geheilt war. Im Jahre 1928 wurde bei ihm der volle Symptomenkomplex der progressiven Paralyse festgestellt. Alle Blut- und Lumbalreaktionen fielen positiv aus. Nachdem er zuerst 39 intravenöse Quecksilberinjektionen ohne Erfolg erhalten hatte, wurde eine Malariakur eingeleitet. Eine nach dem siebenten Fieberanfall auftretende Phase von Delirium wurde als Herxheimersche Reaktion gedeutet. Diese Phase wurde durch eine Neosalvarsanbehandlung unterdrückt. Der Kranke wurde ruhig, fühlte sich wohl und hatte das Verlangen, seine Arbeit wieder aufzunehmen, was ihm auch gestattet wurde. Da der Pat. vorher an tertiärer Syphilis gelitten hatte, so könnte man an die Dualität des Giftes denken: an dermotrope und neurotrope Spirochäten.

Navarro, M. A.: Cuándo debe leerse la reacción de Meinicke? (Wann muß die Reaktion von Meinicke abgelesen werden?). S. 262.

Nach Verf. muß das definitive Ablesen nach 24 Stunden geschehen. Während dieser Zeit müssen die Reagenzgläschen bei einer Temperatur von 15—18° aufbewahrt werden, um die schädliche Wirkung der Kälte zu vermeiden. Das vorzeitige Ablesen verringert die Empfindlichkeit der Reaktion und gibt bei einigen milchigen Seren falsche positive Seren.

Bejarano, J., u. De la Portilla, F. J.: Organización antivenérea de Madrid (Die antivenerische Organisation von Madrid). S. 264.

Hat nur lokales Interesse. Es erübrigt sich daher ein Bericht.

Carcia, A. R.: Estudio comparativo entre las reacciónes de Meinicke (Técnica ordinaria y cromorreacción), Wassermann y Kahn en la sifilis (Vergleichende Untersuchungen zwischen den Reaktionen von Meinicke [gewöhnliche Reaktion und Chromoreaktion], Wassermann und Kahn bei der Syphilis). S. 268.

Von den 454 ausgeführten Analysen waren 88 zur Diagnosenstellung, 367 waren klinisch diagnostiziert. Von diesen letzten waren 42 Kranke nicht syphilitisch, es verbleiben also 325 klinisch festgestellte Syphilisfälle. Von diesen 325 Syphilisfällen ergaben 191 gleiche positive oder negative Resultate, 134 differierten hinsichtlich der positiven Reakton bzw. hinsichtlich der Intensität. Von diesen 134 Fällen ergaben nach Wassermann 19, nach Meinicke 34, nach Kahn 13 ein stark positives Resultat (++++), von schwach reagierenden Fällen (++) waren nach Meinicke 28, nach Kahn 17, nach Wassermann 3 zu verzeichnen. Einkreuz-Reaktionen waren nach Wassermann 31, nach Meinicke 19 und nach Kahn 22.

R. Ledermann-Berlin.

Bücherbesprechungen

Rost, G., Ph. Keller u. A. Marchionini-Freiburg i. Br.: Diagnose und Therapie der Hauttuberkulose in der Praxis. 78 Seiten mit 57 Abbildungen und 13 Tabellen im Text. (Tuberkulose-Bibliothek, Nr. 35.) Verlag von Johann Ambrosius Barth, Leipzig 1920. Preis RM. 7.50.

Die Abhandlung ist für den Praktiker geschrieben, deshalb wird auf eine handbuchartige Bearbeitung des Stoffes verzichtet; hier sind die Erfahrungen niedergelegt, die in etwa 14 Jahren an der Freiburger Hautklinik von Rost gemacht wurden. Interessant und in dieser Form wohl noch nicht durchgeführt sind die statistischen Untersuchungen über die Häufigkeit der Hauttuberkulose und ihre Abhängigkeit von äußeren und inneren Faktoren. Häufig fand sich am Freiburger Material eine Lungentuberkulose oder Tuberkulose sonstiger Organe in der Familienanamnese. Auffallend ist auch das familiäre Vorkommen von lupöser Tuberkulose in 3,3% bei Familienangehörigen. Dieser Befund soll aber kein Beweis für die Ansteckungsfähigkeit der Hauttuberkulose sein,

Digitized by Google

wahrscheinlich spielt die in der Familienanamnese vorhandene Lungentuberkulose eine weit größere Rolle als Ansteckungsgefahr. Ein Teil der Hauttuberkulosefälle wurde röntgenologisch auf Lungentuberkulose überprüft; die erhobenen Befunde entsprechen etwa denen von Martenstein-Breslau und Peters-Brock-Kiel. Die Ätiologie und Immunbiologie der Hauttuberkulose und die klinischen Formen werden in besonderen Abschnitten besprochen. Verff. wirken auch hier dafür, der Jadassohnschen Nomenklatur Anerkennung zu verschaffen. Gute photographische Abbildungen vermitteln die Kenntnis der einzelnen Erscheinungsformen. Beim Kapitel Therapie soll von den sonst allgemein üblichen therapeutischen Methoden hier hervorgehoben werden, daß als Ätzbehandlung das Pyotropinverfahren in der Freiburger Klinik verwandt wird. Seit 1925 wurden Ernährungsversuche mit der Gersonschen Diät unternommen. Verff. haben den Eindruck, daß die Gerson-Diät imstande ist, im Verein mit anderen therapeutischen Faktoren „den Allgemeinzustand günstig zu beeinflussen und damit auch die örtliche tuberkulöse Erkrankung rascher zur Ausheilung zu bringen". Da eindeutige Rezidive bei Lupuskranken mit Gerson-Diät beobachtet wurden, kann ein endgültiges Urteil über die Wirkung dieser Diät noch nicht gegeben werden. Das Buch ist recht geeignet, dem praktischen Arzt eine gute und ausreichende Kenntnis des wichtigen Gebiets der Hauttuberkulose zu geben. Auch gerade therapeutisch sieht der Praktiker das scharf herausgearbeitete Programm, an das er sich halten kann.

A. Holländer-Bielefeld.

Handbuch der Haut- und Geschlechtskrankheiten, Bd. 3: Lutz, W., H. W. Siemens u. J. Strandberg: Vererbung, Innere Sekretion, Stoffwechsel. Verlag von Julius Springer, Berlin 1929. Preis RM. 48.—, geb. RM. 54.80.

Der dritte Band des Handbuchs für Haut- und Geschlechtskrankheiten enthält im 1. Teil eine ausführliche und gründliche Abhandlung über die Vererbung und die Ätiologie der Hautkrankheiten von H. W. Siemens. Dem speziellen Teil sind vererbungsbiologische Betrachtungen vorangestellt, in dem die Gesetze der Vererbung in klarer Weise abgehandelt worden sind. Es wird dabei hervorgehoben, daß die Vererbungslehre über die Zellularpathologie Virchows hinausgeht und als Chromosomalpathologie, resp. Chromomeralpathologie zu bezeichnen sei. Es werden weiterhin abgehandelt: die allgemeine Vererbungspathologie in ihrer Anwendung auf die Dermatosen, der Begriff und Nachweis der Erbbedingtheit, Rassen- und Familienpathologie, Zwillingspathologie und der Nachweis des Vererbungsmodus, die Geschlechtsabhängigkeit, die Polyidie (Vielanlagigkeit), Polyphänie (Vielmerkmaligkeit) und Heterophänie (Verschiedenmerkmaligkeit). Ein weiteres Kapitel behandelt die Beziehungen der vererbungspathologischen Forschung zur klinischen Dermatologie, die Ätiologie und die Therapie der erblichen Krankheiten. Der spezielle Teil enthält eine umfassende Übersicht über die Vererblichkeit der einzelnen Dermatosen, welche ausführlich, bei der Frage der Ätiologie der Muttermäler allerdings in einer subjektiv gefärbten Darstellungsweise besprochen werden. Der ausgezeichneten Arbeit ist ein literaturhistorisches Verzeichnis beigefügt. Strandberg-Stockholm behandelt die Frage der Beziehung der Haut zur inneren Sekretion. Nach seinen Darlegungen dürfte es als sicher gelten, daß Störungen in der Funktion der endokrinen Drüsen eine ganze Reihe von Veränderungen in der Haut hervorrufen, z. B. anatomische Deformitäten, gestörte Funktion der Hautdrüsen, vegetative und vasomotorische Symptome sowie Veränderungen in der Pigmentbildung. Die Hautsymptome können in verschiedener Weise kombiniert, auch mehrere gleichartige Veränderungen von verschiedenen endokrinen Organen hervorgerufen sein. Während die Bedeutung der inneren Sekretion als direkt hervorrufende Ursache von Hautkrankheiten diskutabel erscheint und mehr oder weniger bezweifelt worden ist, ist die Rolle, die die Inkretion indirekt als disponierender Faktor spielt, ohne weiteres ersichtlich. Denn schon lange ist man sich darüber klar, daß sowohl physiologische wie pathologische Veränderungen im Gesamtorganismus zu Hautkrankheiten disponieren. In dem entsprechenden Kapitel werden alle in Betracht kommenden Krankheiten durchgesprochen; es ergibt sich, daß Störungen in der Inkretion in verschiedener Weise das Hautmilieu verändern und es für Insulte verschiedener Art empfänglich machen können. Aus den angeführten Gründen erscheint es dem Verf. notwendig, daß endokrine Störungen vom Dermatologen sorgsam beachtet und wenn möglich behoben werden. Die hierzu notwendigen Methoden werden eingehend besprochen. Eine Dermatose, bei der sowohl die klinische Untersuchung, die pharmako-dynamischen und Stoffwechselproben und die pathologische Untersuchung wie auch das Resultat der Organentherapie konstant auf Störung der inneren Sekretion deuten, wie es z. B. bei Myxödem der Fall ist, gibt es nach dem Verf. nicht. Das Kapitel Stoffwechsel und Haut ist von Lutz bearbeitet. Er

Digitized by Google

versucht die Frage zu klären, wieweit die Haut mit dem Körper als Gesamtorganismus sowie mit den einzelnen Organen in engster Verbindung und gegenseitiger Beeinflussung steht. Ausführlich behandelt werden die spezifischen Dermatosen, die nach ihren Erscheinungsformen mit einiger Sicherheit einen Rückschluß auf die Bedeutung von Stoffwechselprodukten geben, ferner die Sensibilisationsdermatosen, bei denen ein bestimmter Sensibilisierungsstoff im Kreislauf nachgewiesen werden kann, und die dyshormonalen Dermatosen, die auf Funktion oder Ausfall eines innersekretorischen Organs zurückgeführt werden. Auch kommen zur Erörterung die zahlreichen unspezifischen Dermatosen, bei denen jedenfalls die Möglichkeit eines Zusammenhangs mit dem Stoffwechsel besteht; an dieser Stelle werden die Rolle und der Begriff der Diathese, der Disposition, die Art, die Abstammung und die Auswirkungsmöglichkeiten von Stoffwechselprodukten auf die Haut erörtert. Der spezielle Teil umfaßt die verschiedenen Organe und ihre Störungen, die einzelnen Elemente des Stoffwechsels und die Stoffwechseleinflüsse pathologischer Gewebswucherungen. Im letzten Kapitel werden die Erscheinungen im Körper als Folge von Stoffwechselvorgängen in der Haut und die Erscheinungen an der Haut und dem Körper als koordinierte Folge einer übergeordneten Stoffwechselstörung besprochen. In der Arbeit von Lutz ist eine gewaltige Fülle von kasuistischem Material sehr übersichtlich verarbeitet und geordnet worden. Wenn auch so wenig sichere Resultate tatsächlich festgestellt werden konnten, so dürfte die hier gegebene Übersicht nicht nur zur Orientierung, sondern auch als Basis für weitere Untersuchungen dienen. Der Preis des Buches entspricht seiner guten Ausstattung. Meirowsky-Köln.

Schäffer, J., K. Zieler u. C. Siebert: Behandlung der Haut- und Geschlechtskrankheiten. 7. vermehrte und verbesserte Auflage. Mit 84 Abbildungen im Text. Verlag von Urban & Schwarzenberg, Berlin 1929. Preis geb. RM. 15.—.

Das bekannte Schäffersche Lehrbuch der Behandlung der Haut- und Geschlechtskrankheiten ist neu bearbeitet von Zieler und Siebert herausgegeben. Dieses für die Therapie der Haut- und Geschlechtskrankheiten grundlegende Buch bedarf keiner besonderen Empfehlung, da seine Vorzüge bekannt sind. Die Neubearbeitung durch zwei so bewährte und bekannte Vertreter unseres Faches hat wesentlich dazu beigetragen, den Wert des Buches zu erhöhen. Meirowsky-Köln.

Bechhold, H.-Frankfurt a. M.: Die Kolloide in Biologie und Medizin. 5. völlig umgearbeitete Auflage. Mit 87 Abbildungen und 7 Tafeln. Verlag von Theodor Steinkopff, Dresden 1929. Preis RM. 32.—, geb. RM. 35.—.

Im Jahre 1911 erschien die 1. Auflage dieses Buches, und in diesem Jahre mußte bereits die 5. Auflage erscheinen. Dieselbe hat eine wesentliche Umarbeitung erfahren, namentlich in ihrem ersten Teil, welcher fast ein Drittel des ganzen Buches einnimmt, der in Gemeinschaft mit H. Karplus ausgearbeiteten „Einführung in die Kolloidforschung". Diese bietet tatsächlich dem Biologen und Mediziner sehr Wertvolles. In den übrigen Teilen ist auch vom Verf. überall neu Erforschtes, soweit es notwendig erschien, eingefügt. Noch der Zukunft vorbehalten muß aber ein weiterer Ausbau des vierten Teiles bleiben, d. h. der Kapitel, welcher sich direkt mit praktisch-medizinischen und mikroskopisch-technischen Fragen beschäftigen. Hier sind auch die wichtigen Kapitel der Pharmakologie und Therapie untergebracht, und es ist eigentlich erstaunlich, wie wenig bis heute die kolloidchemische Forschung auf diesen Gebieten fortgeschritten ist. Verf. hat sich aber bemüht, hier alles nur Erreichbare zusammenzustellen. Dem Buch darf wohl auch weiterhin eine große Verbreitung vorausgesagt werden. H. Kionka-Jena.

Posner, C.-Berlin, A. Rothschild-Berlin und F. Necker-Wien: Iconographia urologica. Im Auftrage der Deutschen Gesellschaft für Urologie herausgegeben. 1. Lieferung. 33 Abbildungen (14 farbige, 19 schwarzweise) und 2. Lieferung, 26 Abbildungen. Verlag von Georg Stilke, Berlin 1928/29. Preis je RM. 6.—.

Von der Iconographia urologica, die im Auftrage der Deutschen Gesellschaft für Urologie in einzelnen Heften herausgegeben wird, sind bisher die beiden ersten Lieferungen erschienen. Sie bedeuten unzweifelhaft eine dankenswerte Erweiterung der vorhandenen urologischen Atlanten und Lehrbücher. Nur auserlesene Fälle, besonders solche seltener Natur, sollen darin Aufnahme finden und einem größeren Kreise durch den billigen Preis zugänglich gemacht werden. Die Auswahl der Bilder der vorliegenden Lieferungen ist aus der großen Zahl der dem Redaktionskomitee zur Verfügung gestellten Bilder glücklich getroffen. Ganz besonders muß die ausgezeichnete, klare bildliche Wiedergabe der Krankheitsbilder hervorgehoben werden, von denen vor allem die bunten Bilder derartig plastisch sind, daß sie wirklich als naturgetreue Abbildungen angesprochen werden können. Der Text der Einzelabbildungen ist möglichst knapp gefaßt, sagt aber

Digitized by Google

dem Fachmann vollständig genügend. Sehr gut sind auch die Wiedergaben der Röntgenbilder und der histologischen Schnitte. Alles in allem ist die Iconographia urologica für jeden urologisch interessierten Arzt eine Quelle der Belehrung und Anregung und nicht zuletzt ein angenehmes Nachschlagewerk. Dazu kommt, daß der Anschaffungspreis dank des Entgegenkommens und der Unterstützung durch die Deutsche Gesellschaft für Urologie ein außerordentlich niedriger ist. E. Langer-Berlin.

Montesano, V.: Manuale di Malattie cutanee ad uso dei medici pratici e degli studenti. Band 2, mit 44 Abbildungen im Text. Casa Editrice Luigi Pozzi, Rom 1929.

Nach fast 2jähr. Pause ist der 2. und Schlußband des Handbuches für Hautkrankheiten (manuale di malattie cutanee) von Montesano erschienen; er hat in hohem Maße gehalten, was der erste (ref. in dieser Zeitschrift, 1928, Nr. 40, S. 1595) versprochen. Auch dieser Band zeichnet sich durch Übersichtlichkeit in der Stoffeinteilung aus, in der Verf. fast vollständig der Anordnung des Handbuchs von Neisser und Jadassohn (Ausgabe 1908) folgt, ferner durch exakte, der modernen Auffassung angepaßte Schilderung der Krankheitstypen, auch der seltensten, und durch reichhaltige Literaturangaben, die es auch dem nicht im Besitze italienischer Literatur stehenden Leser ermöglichen, einen raschen Überblick über einen großen Teil der modernen italienischen Arbeiten zu gewinnen. Nicht zuletzt sei die elegante Sprache, der auch für Nichtitaliener leicht verständliche Stil und die zahlreichen schönen Textfiguren erwähnt. Besonderen Wert erhält der Band durch das Kapitel über Symptomatologie, Therapie und Prophylaxe der durch Gewerbe und Handwerk hervorgerufenen Hautkrankheiten. Der Band enthält: Die Erkrankungen der Anhangsorgane der Haut (Talgdrüsen, Haare, Nägel, Schweißdrüsen); die Pigmentanomalien, Tumoren (durch Virus filtrabile erzeugte), die Naevi, die epithelialen Tumoren, die Bindegewebsgeschwülste, Sarkome usw.), dann die spezifischen und parasitären Infektionskrankheiten (Tuberkulose, Lepra, Rhinosklerom usw.), die Dermatomykosen (Protozoenerkrankungen, Epidermomykosen, Dermatozoonosen), endlich Pityriasis rosea, Psoriasis, Lichen ruber usw.). Das Werk Montesanos wird nicht nur dem Studenten, sondern auch dem praktischen Arzt von großem Nutzen sein, zumal es auch eine Fülle von erprobten Rezepten und Behandlungsmethoden enthält; ihm ist eine große Verbreitung auch außerhalb Italiens zu wünschen. E. Freund-Triest.

Mitteilungen aus der Literatur

Sexualpathologie und Hygiene

Meixner, K.-Innsbruck: Über Operationen an Hermaphroditen. M. Kl., 1929, Nr. 25, S. 986.

M. verteidigt seine Anschauung, bei zwitterhaften Kindern durch Laparotomie das Geschlecht der Keimdrüsen festzustellen und sie zunächst in diesem Geschlecht zu erziehen; die entsprechende Gestaltung der äußeren Genitalien kann evtl. später erfolgen. Meist wird man es auf diese Weise den Zwittern ersparen, später einen Geschlechtswechsel vornehmen zu müssen. Operationen, durch die die Zwitter angeblich fortpflanzungsfähig gemacht werden, kommen nicht in Frage, da eine Fortpflanzungsfähigkeit von Zwittern bisher niemals beobachtet worden ist.

E. Levin-Berlin.

Moskowicz, L.-Wien: Schlußwort. M. Kl., 1929, Nr. 25, S. 986.

Gegenüber den vorstehenden Ausführungen von Meixner hält Verf. seine Bedenken bezüglich ihrer Durchführbarkeit in der Praxis aufrecht. Die Unmöglichkeit der Fortpflanzungsfähigkeit von Zwittern ist nicht erwiesen.

E. Levin-Berlin.

Prostitution, Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten

Grisebach-Hamburg: Das Annoncierverbot im Gesetz zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten. Med. Welt, 1929, Nr. 9, S. 322.

Nach dem Gesetz zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten wird ein Arzt, der sich zur Behandlung von Geschlechtskrankheiten in unlauterer Weise erbietet, mit Strafe bedroht. Der Begriff „unlauter" hat verschiedene Auslegungen erfahren. Wenn unlauter gleichbedeutend ist mit standeswidrig, dann ist jede Annonce, abgesehen von den üblichen Anzeigen bei Wohnungswechsel usw. strafbar. Wird dagegen unlauter als Verstoß gegen die guten Sitten vom Standpunkt der Allgemein-

Digitized by Google

heit aufgefaßt, so ist eine Anzeige nur dann verboten, wenn sie z. B. marktschreierisch ist. Das Reichsgericht scheint die Ansicht zu billigen, daß unter unlauterem Erbieten ein Verstoß sowohl gegen die Standessitte wie auch gegen die guten Sitten vom Standpunkt der Allgemeinheit zu verstehen sei. H. Ress-Dessau.

Ischernogubow-Moskau: Zur Frage der Standartisation der klinischen Untersuchung u. Behandlung der Luetiker in den Vendispansären. Moskowskij Medicinskij Journal, 1928. Nr. 8.

Zwecks Möglichkeit besserer wissenschaftlicher Ausnutzung des kolossalen Materials der Vendispensäre schlägt Verf. vor, die Krankengeschichten möglichst nach einem Schema auszufüllen und die Behandlung gleichfalls nach einem Modus auszuführen, welcher in einem gewöhnlichen und einem starken Kursus bestehen soll. Die gewöhnliche Behandlung soll bestehen in Anwendung von entweder 0,3 löslichem Hg (z. B. 30 Injektionen einer 1½%igen Hgll-Lösung) oder 0,8—1,0 unlöslichem Hg (z. B. 8—10 Injektionen einer 10%igen Hg-Salizyllösung) oder in 0,6—0,8 metallischem Bi (z. B. 10—12 Injektionen Bijodival zu 3,0) in Verbindung mit 4,0 NS (d. h. 6—8 intravenöse Einspritzungen). Die starke Behandlung soll in Anwendung von 0,45 gelöstem Hg, bzw. 1,2—1,5 unlöslichem Hg, bzw. 1—1,5 metallischem Bi und 5,0—6,0 NS bestehen. Die erstere Behandlung soll ungefähr 2 Monate dauern und als Desinfektion gelten; die letztere Behandlung soll ungefähr 3 Monate dauern und soll zu Beginn der Behandlung, bei späten Rezidiven und bei Abortierung der Syphilis zweimal angewandt werden. Frauen sollen $^4/_5$—$^5/_6$ der Dosis der Männer erhalten. A. Jordan-Moskau.

Langer, E.-Britz-Neukölln: Sollen Kinder vor der Verschickung in Heime auf Gonorrhoe untersucht werden? (Dermatol. Abt. am Krankenhaus.) Kl. W., 1929, Nr. 16. S. 751.

Verf. ist der Ansicht, daß es unbedingt geboten ist, um Ansteckungen vorzubeugen, alle Kinder, die verschickt werden sollen, generell auf Blennorrhoe zu untersuchen. Die Eltern sehen meist selbst die Notwendigkeit ein und geben ihre Erlaubnis. Meist genügt eine kurze Inspektion der Genitalien, wenn nicht entzündliche Erscheinungen eine genaue Untersuchung geboten erscheinen lassen. Natürlich muß die Untersuchung in einer für das Kind taktvollen Weise, etwa unter dem Vorwand, nach Würmern suchen zu müssen, ausgeführt werden. Eine Wäscheinspektion genügt nicht, da die Kinder zur Untersuchung in frisch gewaschenem Zustand und mit reiner Wäsche zu erscheinen haben. H. Colman-Berlin.

Beron, B.-Sofia: Die Bekämpfung der venerischen Krankheiten in Bulgarien und in anderen Ländern. (Bulgarisch.) Sofia 1928.

Da in Bulgarien die Häufigkeit der Syphilis durchaus nicht abnimmt, wie es in den meisten Ländern der Fall ist, müssen strengere Maßregeln ergriffen werden: Volksbelehrung und systematische Krankenbehandlung, ferner Bekämpfung der Bedingungen, die der Prostitution Vorschub leisten, Bestrafung geschlechtskranker Personen, die die öffentliche Gesundheit gefährden.

M. Kazarowa-T. Pasardschik.

Vernes, A.: La lutte contre la syphilis. Vue d'ensemble (Der Kampf gegen die Syphilis. **Ein Gesamtbild**). Arch. Inst. Prophylakt., Bd. 1, Nr. 1, S. 1.

Die Ausführungen von Vernes betonen vor allem, daß es die Aufgabe des Arztes ist, die Lokalisation der Syphilisspirochäten in den Meningen zu erkennen und gegen sie vorzugehen, ehe sich eine Tabes oder Paralyse entwickelt hat. Es ist also mittels der Lumbalpunktion das eventuelle Befallensein der Meningen festzustellen. Die Aufgabe, den Einfluß der Syphilis auf das Blut und das Lumbalpunktat, welches im Organismus eine Sonderabteilung darstellt, zu verfolgen, dient die von ihm zu diesem Zwecke umgebildete Serologie. In einer Reihe graphischer Darstellungen sucht Vernes den Wert seiner Syphilimetrie klarzustellen und verwirft die Behandlung ohne Anhalt an eine derartige Kontrolle. F. Juliusberg-Braunschweig.

Buschke, A., u. E. Kaufmann-Berlin: Die Syphilisfrequenz im Krankenhaus. (Derm. Abt. d. Rudolf-Virchow-Krankenh.) Med. Welt, 1929, Nr. 23, S. 812.

Eine kurvenmäßige Zusammenstellung des Krankenmaterials zeigt seit 1920 einen dauernden stufenförmigen Abfall der Lues I und II, die 1927 ihren niedrigsten Stand erreicht hat und seitdem wieder in leichtem Anstieg begriffen ist. Nach Angabe der Verff. ist auch eine Zunahme der latenten Luesfälle, der Metalues und der Lues congenita im Krankenhausmaterial zu beobachten. Ebenso treten Lues maligna und Lues gravis wieder häufiger auf. H. Ress-Dessau.

Digitized by Google

Stanley, L. L.: Syphilis among State Prisonniers (Syphilis bei Strafgefangenen) J. Am. m. Ass.. Bd. 92, Nr. 15. S. 1238.

Unter 10000 Männern (80% Weißen und 5,3% Negern, 12,65% Mexikanern und 2% Gelben) fanden sich 7,2% bzw. 18,1% bzw. 15,6% bzw. 24,3% (auf die Gesamtzahl bezogen 9,21%), mit positiver WR. 48,2% hatten Gonorrhoe gehabt.

P. Seier-Heidelberg.

Oppenheim, M., u. A. Feßler-Wien: Ein Beitrag zur Epidemiologie der Geschlechtskrankheiten und der Skabies in Wien. (Zum zehnjährigen Bestande der Abteilung für Haut- und Geschlechtskrankheiten des Wilhelminenspitals.) (Abt. f. Haut- u. Geschlechtskrankh. d. Wilhelminenspitals.) W. m. W.. 1929, Nr. 21. S. 676.

Statische Auswertung des gesamten Krankenmaterials aus den Jahren 1915 bis 1928 ergibt eine vorübergehende Abnahme der primären Lues. Besonders bemerkenswert ist der rapide Rückgang des weichen Schankers von 1923—1928, während seitdem sowohl bei hartem wie weichem Schanker ein Anstieg bemerkbar wird. Die Bekämpfung der Skabies wurde in einem halben Hunderttausend von Fällen nach der Hardyschen Schnellmethode erfolgreich durchgeführt.

H. Lippert-Köln.

Hellwig, A.-Potsdam: Ist eine tertiäre Syphilis eine „Geschlechtskrankheit" im Sinne des Gesetzes zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten? M. m. W. 1929, Nr. 19. S. 801.

Aus dieser juristischen Abhandlung ergibt sich als wesentlich, daß der nicht ansteckungsgefährliche Tertiärsyphilitiker den Bestimmungen des Gesetzes nicht unterworfen ist, das Behandlungsverbot für Kurpfuscher aber zweifellos auch auf dieses Krankheitsstadium Anwendung zu finden hat.

H. Th. Hinrichs-Halberstadt.

Zumbusch, L. v.: Ist eine tertiäre Syphilis eine Geschlechtskrankheit im Sinne des Gesetzes zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten? (Bemerkungen zu obigem Aufsatz von Landgerichtsdirektor A. Hellwig in Nr. 19 der M. m. W.) M. m. W., 1929. Nr. 22, S. 921.

Hellwig hatte sich auf den Standpunkt gestellt, daß tertiäre Lues nicht ansteckend sei, und daß infolgedessen Tertiärluetiker nicht unter das Gesetz zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten fielen. Zumbusch meint dagegen, daß genug Fälle von Infektiosität obengenannter bekannt wären, so daß die angeschnittene Frage nur von Fall zu Fall beurteilt werden könnte. H. Colman-Berlin.

Montreuil-Straus, G.: L'œuvre éducative accomplie par le Comité d'Education Féminine de la Société Française de Prophylaxie Sanitaire et Morale (Die von dem Komitee für Erziehung der Frauen der französischen Gesellschaft für gesundheitliche und moralische Prophylaxe geleistete Arbeit). Bull. Acad. Méd., 1929, Bd. 101 Nr. 16. S. 568.

Die Aufklärung der jungen Mädchen und Frauen über die mit dem freien Geschlechtsverkehr verbundenen Gefahren, über die Störungen des normalen Geburtsverlaufes, über Verlust an Nachkommenschaft durch angeborene Krankheiten war zunächst von Ärztinnen in die Hand genommen worden, die dann von der französischen Gesellschaft für gesundheitliche und moralische Prophylaxe die Leitung des Komitees für Erziehung der Frauen erhielten. Dieses veranstaltet öffentliche und private Aussprachen in den in Frage kommenden Kreisen (Arbeiterinnen, Studierende, Künstlerinnen, Erziehungsinstitute) in Paris und der Provinz, bei deren Organisierung die Behörden, Frauenvereinigungen usw. behilflich sind. Der Propaganda dienen: illustrierte Plakate (die ersten gegen Geschlechtskrankheiten gerichteten illustrierten Plakate in Frankreich), illustrierte Postkarten, Broschüren, Einladungskarten mit kurzem Überblick über die Fragen. Nach jeder Zusammenkunft wird durch die beteiligten Organisationen eine Umfrage über den bewirkten Eindruck veranstaltet. Die Belehrungen werden mit Interesse und Verständnis entgegengenommen, keine Zuhörerin hatte sich abgestoßen gefühlt.

E. Levin-Berlin.

Schwalbe, J.: Ausschreitung sexueller Aufklärungen. D. m. W., 1929, Nr. 21. S. 881.

Verf. berichtet über das pädagogische Gutachten von Prof. Spranger und sein eigenes, die zusammen die Oberprüfstelle in Leipzig veranlaßt haben, die Zeitschriften „Die Ehe" und „Ideal-Lebensbund" in die Liste der Schund- und Schmutzschriften aufzunehmen. F. Harry-Wiesbaden.

Digitized by Google

Grumach, W.-Berlin: Neue Erhebungen über Geschlechtskrankheiten der Kinder. D. m. W., 1929, Nr. 25, S. 1054.

In den letzten 3 Jahren wurden unter 88298 Kindern jeden Alters 111 Fälle von Geschlechtskrankheiten, das sind 0,125% = 12,5 auf 10000 Kinder, festgestellt. Im Jahre 1926 betrug der Prozentsatz 0,18%. Umgerechnet auf die Gesamtbevölkerung Berlins gab es im Jahre 1926 3 geschlechtskranke Kinder unter 10000 Einwohnern, jetzt 1,9. F. Harry-Wiesbaden.

Hellwig, A.-Potsdam: Ist eine tertiäre Syphilis eine Geschlechtskrankheit im Sinne des Gesetzes zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten? M. m. W., 1929, Nr. 26, S. 1088.

Es wird der Überzeugung Ausdruck gegeben, daß auch die tertiäre Syphilis eine Geschlechtskrankheit im Sinne des Gesetzes ist. Da die Übertragung einer solchen Erkrankung nur ausnahmsweise möglich ist, wird sie wohl als ansteckungsfähig, aber nicht als ansteckungsgefährlich bezeichnet. F. Rosenthal-Berlin.

Dunajewskij-Moskau: Zur Frage der Ursachen der Verbreitung der venerischen Krankheiten. Moskowskij Medicinskij Journal, 1929, Nr. 3/4.

Die Bearbeitung von 2300 Karten der Klienten des Sokolniker Vendispansärs in Moskau ergab folgendes: Die meisten Kranken (89,3%) waren Arbeiter. Dem Alter nach handelte es sich um solche bis zu 16 Jahren in 7%, von 16—20 Jahren in 10%, von 21—30 Jahren in 47,1% und von solchen über 30 Jahren in 35,9%. Es gaben an, sich infiziert zu haben von den Männern: 1. durch eine zufälligeVerbindung 47%, 2. durch Prostituierte 33,7%, 3. durch die Frau 11,5%, 4. unbekannt, wie 7,8% = 100,0%; von den Frauen: 1. durch eine zufällige Verbindung 18,2%, 2. durch den Mann 65,7%, 3. unbekannt, wie 16,1% = 100,0%. Während in der Vorrevolutionszeit die meisten venerisch Kranken ledig waren, handelt es sich jetzt in 50,5% unter den Männern um verheiratete, in 40,3% um ledige und in 9,2% um geschiedene. Von den Kranken gaben 52% an, nicht nüchtern gewesen zu sein, als sie sich ansteckten. Von den Kranken hatten 53,2% durch soziale Aufklärungsvorträge bzw. Bücher von Geschlechtskrankheiten Kenntnis. A. Jordan-Moskau.

Bronner-Moskau: In Anlaß der III. Allrussischen Tagung zur Bekämpfung der venerischen Krankheiten. Westnik Sowrewenkoj Medicini, 1929, Nr. 10.

Die Anzahl der venerologischen Dispansaire ist in RSXSR. auf 172 gestiegen, diejenige der Venabteilungen und Venpunkte auf 243. Die Erkrankungsziffer für Syphilis ist in den Städten merklich zurückgegangen, nämlich von 180,37 auf 10000 Einwohner im Jahre 1913 auf 120,32 im Jahre 1926. Vom Lande läßt sich das aber noch nicht behaupten, denn es wurden im Jahre 1913 gezählt 53,72:10000 Einwohnern und im Jahre 1926 56,85:10000, freilich darf nicht vergessen werden, daß die Zählung jetzt eine umfassendere ist als damals. Weniger gut steht es mit der Blennorrhoe. In den Städten ist zwar die Erkrankungsziffer an Blennorrhoe gesunken, nämlich von 126,21:10000 im Jahre 1913 auf 95,55 im Jahre 1926, dagegen auf dem Lande ist die Ziffer von 6,35:10000 Einwohnern im Jahre 1913 auf 22,64 im Jahre 1926 gestiegen. A. Jordan-Moskau.

Dermatologischer Unterricht, Krankenhauswesen

Richter, H.-Dorpat: Zur Nomenklatur der Körperrichtungen bei Tier und Mensch (Zootom. Inst. d. Univ.) Anat. Anz., Bd. 66, Nr. 14/15, S. 263.

Richter schlägt vor, die drei Körperhauptrichtungen als Medianebene, Segmentalebene und Transversalebene zu bezeichnen; für letztere wurde bisher beim Menschen der Ausdruck Frontalebene, beim Tiere der Ausdruck Horizontalebene gewählt. F. Juliusberg-Braunschweig.

Kockel-Leipzig: Daktyloskopisches. (Inst. f. gerichtl. Med.) D. Zschr. f. gerichtl. Med., Bd. 13, H. 2, S. 77.

Auf Grund eines Falles, in dem Kockel ein daktyloskopisches Gutachten abzugeben hatte, tritt er in eine kritische Besprechung der Methodik daktyloskopischer Feststellungen ein, die auf einer unbedingt einwandfreien Technik basiert sein müssen. Verf. betont, daß zu einer Verwertung objektiver Befunde als Beweismittel ein hohes Maß von wissenschaftlichen Kenntnissen und Erfahrungen gehöre und daß die Erkenntnis der Grenzen, die diesen Befunden in ihrer Bedeutung als Beweismittel zukommen, eine Selbstkritik und Objektivität voraussetzt, für deren Vorhandensein nur die naturwissenschaftlich-medizinische Vorbildung Gewähr leisten kann.

L. Leven-Elberfeld.

Digitized by Google

Schläger: Untersuchungen des Blutes und der Papillarlinien im Alimentationsprozeß. M. m. W., 1928, Nr. 46, S. 1969.

Trotzdem auf Grund der Blutuntersuchung und der Prüfung der Papillarlinien eine Vaterschaft nicht anzunehmen war, erfolgte Zurückweisung der Berufung des als Vater angegebenen Beklagten, da das Gericht sich nicht entschließen konnte, aus dieser Tatsache allein den Schluß auf die „offenbare Unmöglichkeit" zu ziehen, da die Methoden noch nicht als absolut einwandfrei anzusehen seien.

B. Peiser-Berlin.

Anatomie und Physiologie der Haut

Mayer-List, R.-Tübingen: Über Cutis marmorata. Ihre physiologische und pathologische Bedeutung, besonders hinsichtlich der Exanthembildung. (Med. Kl.) D. Arch. f. kl. Med., Bd. 164, H. 5/6, S. 157.

Cutis marmorata ist ein Kapillarsymptom infolge von Übersteigerung eines Reflexes, der für die Wärmeregulierung von Bedeutung ist. Die blassen Stellen der C. m. kommen dadurch zustande, daß die Hautkapillaren bestimmter Bezirke unter dem Einfluß der Kälte in Spasmus versetzt werden; bei den bläulichen Bezirken ist nur der zu- und abführende Kapillarschenkel spastisch verengt, während das dazwischenliegende Schaltstück atonisch erweitert und infolgedessen häufig für dauernd geschädigt ist. Verf. hat nachgewiesen, daß die blassen Stellen der C. m. besonders reich an Kältepunkten sind, und nimmt an, daß aus diesem Grunde die Reflexwirkung auf die peripheren Gefäße in diesen Bezirken stärker sei, als in den kältepunktärmeren. Der Reflex, der zu C. m. führt, ist ein Axonreflex, d. h. er spielt sich rein peripher (sensibler Endapparat — vasomotorische Faser) ab und wird nur zentral gehemmt. C. m. kann auftreten, wenn entweder die Gefäßerregbarkeit eine große ist (vasoneurotische Diathese) oder zentrale Hemmungen wegfallen (Poliomyelitis usw. Die atonischen Schaltstücke mit geschädigtem Endothel sind „runde Punkte" der Haut, daher Prädilektionsstellen für gewisse Krankheitsnoxen. Dies erklärt die Anordnung mancher Exantheme. Nach stärkerer Erwärmung der Haut entsteht um die atonischen Schaltstücke herum ein Pigmentmantel; dadurch schützt die Natur diese schwachen Stellen gegen erhöhte Wärmeaufnahme (netzförmige Pigmentierungen nach längerer Behandlung mit Wärmekissen). Auch in der Tiefe der Gewebe und Organe gibt es Veränderungen entsprechend der C. m., so z. B. an der Magen- und Lippenschleimhaut bei Kranken mit Magengeschwür, an der Blasenschleimhaut, vielleicht auch an Gehirn und Muskeln. Diese sind ebenfalls reflektorisch bedingt, wenn auch der Ausgang des Reflexes nicht von den Kältepunkten stattfinden kann.

M. Kruspe-Dresden.

Tagesgeschichtliche Nachrichten

Der II. internationale Kongreß für Sexualforschung, der rein wissenschaftliche Zwecke verfolgt und praktisch-sexualpolitische wie sexual-reformerische ausschließt, wird vom 2. bis 9. August 1930 in London unter Leitung von Prof. Crew-Edinburgh stattfinden. Anfragen sind zu richten an Dr. Max Marcuse, Berlin W, Lützowstr. 85.

Habilitiert: Dr. Paul Wilhelm Schmidt, Oberarzt der dermatologischen Klinik in Münster (Westf.);

Dr. H. Gottron in Berlin;

Dr. Gabriel Doros in Budapest;

Dr. Stephan Ballagi in Budapest für dermatologische Mykologie.

Prof. P. W. Nikolski in Rostow am Don feiert am 14. Januar das dreißigjährige Jubiläum als Professor.

Am 14. November wurde in Greifswald die neuerbaute 62 Betten enthaltende Hautklinik eröffnet.

Gestorben: Prof. van der Valck, Direktor der dermatologischen Klinik in Groningen.

R.

Nachdruck (auch des Abschnittes „Tagesg. Nachr.") ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt

Verantwortlich für die Redaktion: für Originalabhandlungen und T. N.: Prof. Dr. J. H. Rille, Leipzig, Johannisplatz 1. Für den Referatenteil: Dr. Fritz Callomon, Dessau

Digitized by Google

Dermatologische Wochenschrift

Nr. 2 (Bd. 90) 11. Januar 1930

Albert Jesionek

ZU SEINEM 60. GEBURTSTAG 9. JANUAR 1930 GEWIDMET

*

Hochverehrter Herr Professor!

Sie werden uns sicherlich zürnen, daß wir Sie zu Ihrem 60. Geburtstag vor der wissenschaftlichen Öffentlichkeit begrüßen und Ihnen diese Festschrift der Freunde und Schüler überreichen. Sie sind kein Freund von Feiern, die sich an Ereignisse des Tages knüpfen. Sie flüchten bei solcher Gelegenheit stets in die Ferne. Und dennoch können wir uns — wenn wir auch Ihres Ärgers sicher sind — diesen Anlaß nicht nehmen lassen, um Ihnen unsere Dankbarkeit und Verehrung entgegenzubringen und der Freude Ausdruck zu geben, daß Sie frisch, gesund, tatkräftig und arbeitslustig, inmitten neuer Probleme der Tuberkuloseforschung in das 7. Lebensjahrzehnt eintreten.

Denn dieses Jahrzehnt hat doch eine tiefere Bedeutung im Leben eines Forschers. Gute Dinge brauchen die vorangehenden Jahrzehnte, um durchdringen zu können. So war es mit Ihren lichtbiologischen und lichttherapeutischen Arbeiten, die erst nach vielen Jahren richtunggebend geworden sind, für die Entwicklung der wissenschaftlichen und praktischen Strahlenkunde: als äußeres Zeichen dieser Tatsache wird Ihnen heute eine zweite Festschrift überreicht, in der die hervorragendsten Vertreter der Strahlenkunde Ihren Geburtstag feiern. So war es auch mit Ihrer biologischen Betrachtungsweise der Hautkrankheiten, die erst in den letzten Jahren die gebührende Anerkennung fand; manche Arbeiten dieser Festschrift — wie überhaupt ein großer Teil der Literatur in den letzten Jahren — widerspiegeln die Wirkung Ihrer „Biologie". Daß aber das folgende Jahrzehnt nicht nur eine Zeit der Ernte sein wird, sondern auch die des frohen Weiterschaffens, ersieht man aus dem soeben erschienenen Werk über „Tuberkulose und Haut", denn aus jeder Zeile dieses Buches klingt uns die Stetigkeit in der Weiterentwicklung ihres Lebenswerkes entgegen.

Als Sie vor einigen Jahren so schwer krank daniederlagen, daß alle an Ihrem Leben verzweifeln mußten, da sprachen Sie in einem klaren

Digitized by Google

Augenblick des hochfiebernden, delirierenden Kranken die Worte: „Das Leben war schwer, vielleicht habe ich manches falsch gemacht. Aber es war doch schön, und ich habe nichts zu bereuen." Wir wünschen, daß Sie dieses schöne Leben, an dem nichts zu bereuen ist, ad multos annos weiterführen zur Freude Ihrer selbst, Ihrer Angehörigen, Freunde und Schüler, zur Ehre Ihres Vaterlandes, zum Nutzen der Wissenschaft und der leidenden Menschheit.

Im Namen Ihrer Schüler
STEPHAN ROTHMAN.

Über den Typus inversus des Erythema multiforme und eine bisher unbekannte deletäre Form von Leucaemia cutis

Von

Prof. Dr. RILLE, Direktor der Dermatologischen Klinik in Leipzig

Mit 3 mehrfarbigen und 2 schwarzen Abbildungen im Text

Es ist sehr zu begrüßen, daß OBERMAYER in einer kürzlich erschienenen Arbeit (Derm. W., Bd. 89, Nr. 43a) so nachdrücklich auf die anscheinend nicht genügend bekannte palmare Lokalisation des Erythema multiforme zumal bei Kombination mit Schleimhautbeteiligung aufmerksam macht. Gleich ihm habe ich mich von je gewundert, daß die Lehrbücher von diesem differential-diagnostisch so sehr wichtigen Vorkommnis kaum Notiz nehmen. Indes macht hiervon, was ihm entgangen ist, mein 1902 erschienenes Lehrbuch eine Ausnahme. Dort heißt es auf S. 29: „Minder häufig sind Handteller und Fußsohlen Sitz der Effloreszenzen, am ehesten von gewissen chronisch rezidivierenden Formen von Erythema iris" und weiter auf S. 30: „Erythem ... der Schleimhäute bietet Ähnlichkeit mit syphilitischen Papeln, eine oftmals recht schwierige Unterscheidung, da insbesondere chronisch rezidivierendes Erythem außer an der Mundschleimhaut auch noch atypisch an den Handtellern (statt an den Handrücken) vorkommt und so wegen der naheliegenden Verwechslung mit einem Palmarsyphilid die Schwierigkeit erhöht." An Stelle des Wortes „chronisch rezidivierend" wäre zwar besser „wiederholt rezidivierend" zu setzen, denn das Erythema multiforme ist doch ein akuter Prozeß, und

Abb. 1. Erythema multiforme iris der Flachhände

Digitized by Google

die sogenannten chronischen Formen desselben sind eine Sache für sich. Auch ich gebrauche für diese atypische Lokalisation (vgl. Abb. 1) in meinen Vorlesungen seit 35 Jahren gleich Matzenauer den Ausdruck „Typus inversus"; dies ist keineswegs ein Zufall, denn jener Terminus gehört zum guten alten Wortschatz der Wiener Schule. Auch die genitale Lokalisation ist mir nicht unbekannt, so erwähnt mein Lehrbuch S. 29 Vulva, Vagina und Urethralschleimhaut, speziell die Innenfläche der kleinen Labien möchte ich hier noch besonders nennen.

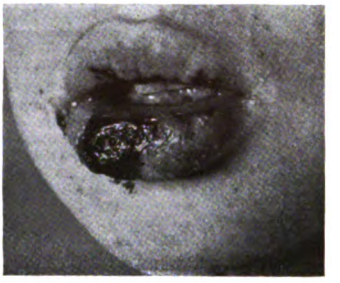


Abb. 2. Erythema multiforme bulloso-crustosum, ähnlich syphilitischem Primäraffekt

Nicht genügend hervorgehoben scheint mir in der Arbeit von Obermayer der Umstand, daß die in Rede stehende palmare Lokalisation des Erythema iris so gut wie stets auf eine wiederholte Erkrankung an Erythem zurückschließen läßt, meiner Erfahrung nach mindestens auf ein 2. oder 3. Rezidiv, denn auch bei erstmaligem Rezidiv verbleibt es in der Regel bei der Handrückenlokalisation. Soweit meine Erinnerung reicht, kenne ich bloß einen einzigen Fall, wo laut Anamnese das Erythem der Vola die erstmalige (?) Attacke gewesen sein soll.

In historischer Beziehung ergeht es dem palmaren Erythem ähnlich wie den atypisch lokalisierten Pellagrodermen. Weit über 100 Jahre lang kannte man bloß das Befallensein von Hand- und Fußrücken, Gesicht und Sternozervikalregion, bis Deiaco 1905 in überzeugender Weise — zumeist wird dieser Nachweis fälschlich Merk zugeschrieben — die atypischen Lokalisationen (Axilla, Genitale) dargetan hat.

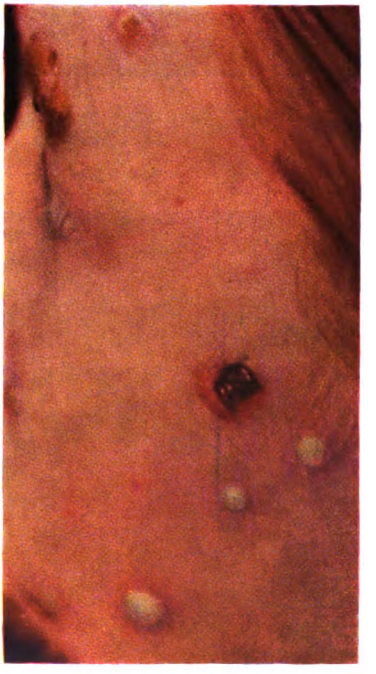


Abb. 3. Leucaemia cutis bulloso-crustosa, 18. XII. 1915

Die Differentialdiagnose ist übrigens mit dem von Obermayer gemachten Hinweise auf Psoriasis palmaris und Lippenplaques — also sekundäre Syphilis — durchaus nicht erschöpft. Es gibt auch Fälle von krustös gewordenem Erythema bullosum des Lippenrotes, die weitgehend an syphilitischen Primäraffekt erinnern (vgl. Abb. 2), endlich eine, wie ich glaube, noch nicht beschriebene, von mir innerhalb kurzer Zeit in 2 Fällen beobachtete äußerst deletäre, in wenigen Wochen zum Tode führende Form von Leucaemia cutis, bei welcher neben analogen Schleimhauterscheinungen auf der äußerst blassen

Digitized by Google

Abb. 4. Leucaemia cutis bulloso-crustosa, 18. XII. 1915

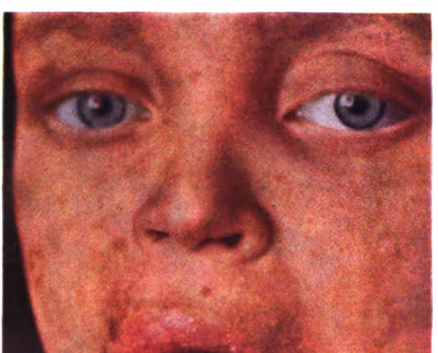


Abb. 5. Leucaemia cutis bulloso-crustosa, 8. I. 1916

Gesichtshaut in der Umgebung des Mundes prall gefüllte, nach einigen Tagen zu impetiginösen Borken vertrocknende Blasen aufschießen; das Ablösen der Borken ist ebenso wie bei Erythema multiforme bullosum der Mundlippen von ziemlicher Blutung begleitet (vgl. Abb. 3—5).

Ihrer Wichtigkeit und Eigenart halber seien diese beiden Beobachtungen hier kurz mitgeteilt. Leider sind sie, da ihre Diagnose verfehlt wurde, nicht eingehend genug studiert worden, so daß vorläufig das makroskopisch-klinische Bild genügen muß.

In dem ersten (1915) von mir beobachteten Falle einer etwa 40jähr. Pat. der hiesigen Frauenklinik nahm ich eine eigenartige Form von Impetigo an, doch erfolgte wenige Wochen später der Exitus. Trotz dieser merkwürdigen Beobachtung verfehlte ich in einem bald darauf sich bietenden Falle wiederum die Diagnose.

Dieser betraf ein etwas blasses, keine nennenswerten Drüsenschwellungen zeigendes 14jähr. Mädchen.

18. XII. 1915. Im Gesicht besonders an der linken Wange erbsen- bis haselnußgroße, teils serös, teils eitrig erfüllte Blasen, die meisten bereits zu dicken grün- und braungelben Krusten vertrocknet, unter diesen ein roter nässender Grund. Vereinzelte kleinere Blasen in der vorderen Halsgegend und am Knie. An der Ober- und Unterlippe unregelmäßig begrenzte nässende Erosionen, an den der Luft ausgesetzten Stellen krustös.

7. I. 1916. Allgemeinbefinden stark verschlimmert, hochgradige Abmagerung. Das früher gedunsene Gesicht eingefallen. Nase spitz geworden, Gesichtshaut sehr blaß. An Stelle der früher bestandenen Blasen und Krusten bräunlichgelbe, teilweise etwas schuppende Flecke. Rechts an der Wange und am Knie je eine linsengroße, eitrige, schlappe Blase. Lippen ge-

Digitized by Google

schwollen, mit bräunlichen Blutkrusten bedeckt. An der Oberlippe nahe dem rechten Mundwinkel ein pfenniggroßer eitrig belegter Substanzverlust mit peripheren Blasenfetzen, daneben und an der Unterlippe kreisrunde Substanzverluste, ebenso am Zahnfleisch, sämtlich blutig-nekrotisch. Das Öffnen des Mundes fällt sehr schwierig. Am Zungenrücken hanfkorngroße nekrotisch belegte Geschwüre, an den Tonsillen gelblichweiße Beläge. Fieber 39—40.1°, bronchitische Erscheinungen.

13. I. 1916. Die nekrotischen Herde an Zunge und Mundwinkeln vergrößert. Auf der Mitte der Zunge ein tiefes höckeriges Ulkus. Zunehmender Verfall. Exitus.

Sektionsdiagnose: Infiltratio leucaemica medullae ossium, lienis, hepatis, lymphogland. cervical. et perigastr., Intumescentia gravissima lienis, Hyperplasia tonsill. et follicul. pharyngis, Gangraena tonsill., Haemorrhagiae musculorum, subendocardiales, subepicard., retinae; Pneumonia lobul. sin., Pleuritis dextr., Degeneratio parenchym. gravis renum.

Das Erythema multiforme palmare kann auch mit dem allerdings nicht häufigen, gelegentlich bilateral lokalisierten Herpes tonsurans der Hohlhand verwechselt werden. Nicht bloß dem Aussehen nach, sondern meist auch lokalisatorisch lassen sich Erythemherde der Mundlippen von syphilitischen Schleimhautplaques unterscheiden, erstere bevorzugen eher das Lippenrot, letztere die Schleimhaut.

Aus der dermatologischen Abteilung des Charlottenburger Krankenhauses
(Prof. Dr. C. Bruhns)

Über die Frage der Askenbildung bei Trichophyten und Achorien bei dem Verfahren nach Wilenczyk und über „Organes nodulaires"

Von

C. Bruhns

Mit 4 Abbildungen im Text

Wir zählen die Fadenpilze der Haut zu den Fungi imperfecti, einer Sonderklasse der Askomyzeten. Die Bezeichnung „unvollkommene Pilze" bezieht sich darauf, daß die Dermatophyten nicht bis zur Entwicklung der Schlauchbildung der Asken gelangen, die die Askomyzeten als Fruchtkörper aufweisen, sondern die Fortpflanzung erfolgt durch die verschiedenen Arten von Sporen, die Konidien, Chlamydosporen, Spindeln. Da bei der sonstigen weitgehenden Übereinstimmung der Fadenpilze mit den Askomyzeten der Nachweis der Askenbildung fehlt, hat man sie in die Gruppe der Fungi imperfecti eingereiht.

Nun ist aber wiederholt schon der Gedanke ausgesprochen, ob es nicht nur an unseren künstlichen Nährböden, die ja ganz andere sind, als die Nährsubstrate in der Natur, auf denen die Pilze sonst ihr Leben führen, liegt, daß es bei unseren pathogenen Fadenpilzen nicht zur Ausbildung der Asken kommt. In neuester Zeit hat Wilenczyk [1]) versucht, durch eine besondere Behandlung von Nährböden und Pilzkulturen, die im wesentlichen auf eine Austrocknung und auf eine Variierung der

[1]) Wilenczyk, Ann. de l'Inst. Pasteur, 1926, Bd. 40, S. 732. Ann. de l'Inst. Pasteur, 1927, Bd. 41, S. 1351. Compt. rend. Soc. Biol., 1928, Bd. 98, S. 70, 1928, Bd. 99, S. 1027 u. 1929, Bd. 100, S. 1145.

Digitized by Google

Temperatur hinausläuft, Asken zur Entwicklung zu bringen, er glaubt nach seinen Befunden auch, dieses Ziel erreicht zu haben. Ich möchte hier kurz berichten, was ich bei solchen Versuchen beobachtet habe.

Wilenczyk verfolgte nach verschiedenen Vorstudien, die ihn nur wenige und unreife Asken erkennen ließen, die von Langeron[1]) nicht anerkannt wurden, nachstehende Technik:

1. Unter Verwendung von drei Stämmen von Trich. granulosum und einem Stamm von Trich. violaceum auf Sabouraud-Nährböden hielt er die Kulturen im Erlenmeyer-Kolben ständig bei 37 Grad und überimpfte sie nach je drei Wochen auf neuen Nährboden. Nach der 6. Passage wurden kleine vom Rande genommene Kulturteilchen in den hängenden Tropfen mit Zuckerbouillon übertragen, wieder in die feuchte Kammer bei 37 Grad gebracht. Nach fünf Tagen wurde die feuchte Kammer in Zimmertemperatur überführt. Schon vom fünften Tage an sah W. gelbliche und grünliche Gebilde, mit einem dunkleren Rand, aus denen sich dann ovale oder längliche Säcke entwickelten, mit 2, 4, 6 oder 8 Sporen im Inneren. Später variierte W. das Verfahren in der Weise, daß er nach der 5.—6. Passage die feste Kultur bei Zimmertemperatur hielt, nach etwa drei Wochen seien die Asken sehr deutlich gewesen.

2. Später nahm er in der Annahme, daß die Austrocknung des Nährbodens besonders eine Rolle spiele, von Kulturen, die er 3—4 Tage bei 37 oder 24 Grad gehalten hatte, kleine Teilchen und brachte sie an die Wandung eines Röhrchens, das eine kleine Menge Nährbouillon enthielt, oberhalb des Flüssigkeitsspiegels. Das Röhrchen wurde einige Tage bei 37 oder 24 Grad gehalten und die kleinen Kulturteilchen mehrere Male am Tage durch Neigung des Röhrchens etwas angefeuchtet. Nach 48 Stunden sah er schon runde oder ovale, teilweise auch spindelartige Körperchen sich ausbilden, die im Inneren auch abgegrenzte Sporen trugen. Dann, wenn diese Gebilde festgestellt werden, müssen die Kulturteilchen in ein anderes Glas gebracht und bei niedrigerer Temperatur gehalten werden. Diesmal machte W. seine Befunde bei einem Trich. granulosum, Trich. equinum und einem Achorion Schönleini, die Kultur des letzteren müsse schon etwas pleomorph sein.

Zuletzt gab W. noch an, daß er bei einer Kultur von Epidermophyton inguinale, die auch mehrkammrige Spindeln zeigte, einen Askus in Form einer Spindel gefunden habe[2]). (Die beigegebene Abbildung gleicht einer Spindel, in der die mittleren Kammern auch eine Teilung in der Längsrichtung der Spindel zeigen.)

Ich habe nun, da ein solcher Befund regelmäßig darzustellender Asken in der Tat etwas ganz Neues sein würde, die Angaben Wilenczyks an 30 Kulturversuchen nachgeprüft, erst mit zwei Stämmen, die nach W.s erster Methode 6 Passagen von je drei Wochen Dauer bei 37 Grad durchmachten und dann an 28 Röhrchen die zweite Versuchsanordnung Wilenczyks. Verwendet wurden immer wiederholt zwei Stämme von Trich. gyps. asteroides und zwei Stämme von Trich. gypseum granulosum, vereinzelte Versuche wurden mit je einem Stamm von Favus, Trich. cerebriforme, fumatum, Micr. Audouini und lanosum gemacht. Das Gesamtergebnis war, daß es mir niemals geglückt ist, auch nur mit einiger Sicherheit Asken festzustellen. Als gutes Vergleichsobjekt diente mir ein typischer Schlauchfruchtbehälter mit vier Sporen, den ich in einem der Präparate im hängenden Tropfen zu Gesicht bekam, als sich hier eine Verunreinigung, ein gewöhnlicher Schimmel ausgebildet hatte, der gefundene Askus gehörte aber dem Schimmelpilz an, nicht dem ursprünglich geimpfen Trich. gypseum. In manchen Präparaten ließen mich zahlreichere braungelbe Körperchen, die auch bei sehr starker Vergrößerung im Inneren Andeutungen von kugeligen Formen zeigten, vorübergehend an die Befunde Wilenczyks denken. Vergleich mit anderen

[1]) Langeron, Bull. de l'Inst. Pasteur, 1927, Bd. 25. — [2]) Compt. rend. Soc. Biol. 1929, Bd. 101, S. 593.

Digitized by Google

braungelben gleichartigen Gebilden in demselben Präparat, die aber ganz homologes Aussehen zeigten, ließen erkennen, daß es sich bei den erstgenannten Körperchen sicher auch nur um Nährbodenteilchen handelte, die durch Austrocknung und Schrumpfung gewisse Kugelkontouren, die an Sporen erinnern konnten, vortäuschten.

Aber eine andere Erscheinung konnte ich bei den nach Wilenczyk mit Austrocknung und Temperaturveränderung behandelten Kulturen doch feststellen. Das war das Phänomen einer gewissen Zusammenballung und Zusammensinterung von Sporen und Myzelien, und in ausgeprägteren Fällen ergaben sich Bilder, die durchaus den „Organes nodulaires" entsprachen.

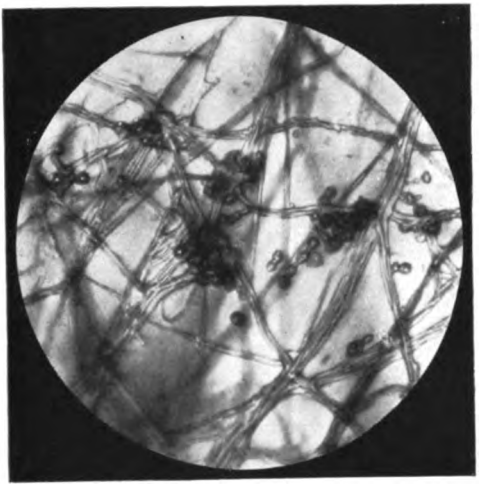


Abb. 1. Trich. granulosum (Kultur nach Wilenczyk behandelt)

Das Vorkommen der Organes nodulaires hat Sabouraud als der erste schon 1894 besonders bei dem Trich. lacticolor festgestellt, seltener auch bei dem Trich. persicolor und dem Micr. fulvum, dem Achorion Schönleini und Quinckaneum, wir wissen, daß gelegentlich auch bei anderen Arten (Trich. equinum u. a. nach Ota und Langeron) diese Gebilde vorkommen, aber nur vereinzelt. Ich sah nun Anhäufungen und Zusammenballungen von Sporen, wie in Abb. 1 abgebildet, und auch noch stärkere Zusammensinterung von Sporen und Myzelien wiederholt (7mal) bei den nach Wilenczyk behandelten Kulturen der Gypseumarten. Die starke Verklumpung, die in Abb. 2 sichtbar ist und die zweifellos als Organe nodulaire bezeichnet werden muß, während die ersterwähnten Zusammenballungen wohl Vorstufen dazu bilden, stammt von einer jahrealten, immer weitergezüchteten Kultur von Trich. lacticolor, die vor den Versuchen schon seit langem keine Knotenbildungen mehr gezeigt hatte. Diese Erscheinung fand sich in dem In-situ-Präparat aus der vierten der 3wöchigen Passagen nach Wilenczyks oben angegebener erster

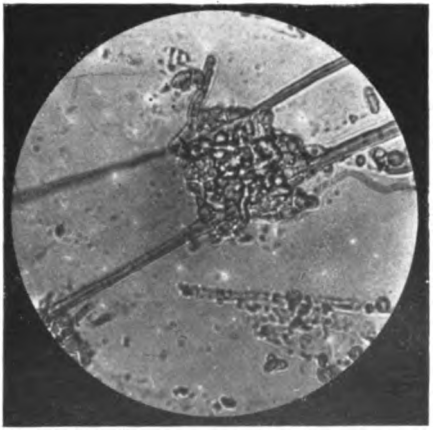


Abb. 2. Trich. lacticolor (alte Kultur, die schon keine Organes nodulaires mehr aufwies, nach Wilenczyk behandelt, Vergr. etwa 500)

Digitized by Google

Methode. Ganz das gleiche Bild zeigte auch eine nach der zweiten Methode behandelte In-situ-Kultur von einem alten Stamm von Trich. granulosum, die natürlich vorher keine Organes nodulaires aufgewiesen hatte. Aber so ausgebildete Formen waren nur bei je zwei Versuchen mit Trich. lacticolor und Trich. granulosum sichtbar geworden, bei den anderen Pilzarten nicht, und sicherlich steht das Trich. granulosum, das sonst keine Knotenbildungen aufweist, dem in frischen Zustand Organes nodulaires entwickelnden Trich. lacticolor nahe, beide gehören zur Gruppe der Trich. gypsea. Es sei nun auch gleich mit erwähnt, daß ähnliche Knotenbildungen in Form von Verschlingungen von Myzelien und zusammengeballten Sporen in dem In-situ-Präparat eines Stammes von Trich. granulosum gefunden wurden (Abb. 3), der nicht nach der WILENCZYKschen Technik behandelt worden war, wohl aber bei anderweitigen Versuchen, Pilze nicht auf gewöhnlichen Nährböden, sondern auf allerlei leblosen Gebrauchsgegenständen zu kultivieren, auf Leder weitergezüchtet war und von dem Leder wieder auf Maltoseagar übertragen worden war. So hatte auch diese Kultur auf andere Weise einen ungewöhnlichen Entwicklungsgang durchgemacht und war schließlich in ein sehr ausgetrocknetes Stadium gekommen. Andere zum Vergleich untersuchte, in üblicher Weise gezüchtete Kulturen von Trich. granulosum zeigten niemals derartige Bilder.

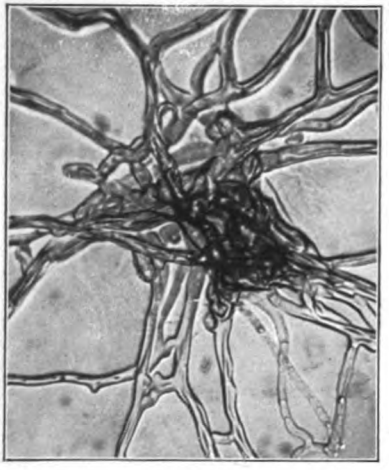


Abb. 3. Trich. granulosum über Leder als Nährboden geimpft. Vergr. etwa 600

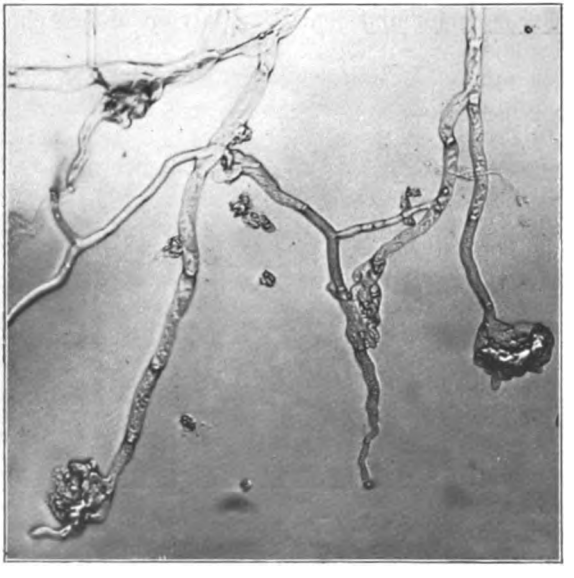


Abb. 4. Trich. lacticolor (alte Kultur, nach WILENCZYK behandelt, Vergr. etwa 485)

Das in Abb. 4 wiedergegebene Bild stellt eine (schon oben mit gezählte) Beobachtung von Organes nodulaires dar, die von der gleichen Kultur von Trich.

Digitized by Google

lacticolor stammte, bei der vorher keine Knotenbildungen mehr hatten gefunden werden können, die aber nach Behandlung nach Wilenczyk (2. Methode) Organes nodulaires erkennen ließ, die hier am Ende von verzweigten Myzelien lokalisiert waren. Auch diese Knotenbildungen lassen sich wohl nur als Aufwicklungen von Myzelien und Sporen deuten, stärkere Vergrößerung ließ auch nur Stücke von Myzelien und Chlamydosporen, aber keinerlei auf Askenbildung hindeutende Anordnung sichtbar werden.

Sabouraud hat die Organes nodulaires auch als Konglomerate von Zellen, die zusammengereihten Chlamydosporen gleichen und auf gewundenen, nebeneinandergelagerten Myzelien liegen, beschrieben, sie sind 15—30 Mikren große Organe, die teils den gewöhnlichen Myzelfäden direkt aufsitzen, teils einen Stiel haben. Ob sie, wie manche Autoren annehmen möchten, als Vorstufen von Fruchtkörpern angesehen werden sollen, die nicht zur Entwicklung gelangen, ist unsicher. Sabouraud nannte sie 1894 Anlagen (des ébauches) von Perithezien, in seinem großen Werke von 1910 betont er neben der erwähnten Beschreibung, daß sie die Rolle von Chlamydosporen spielten, man sehe in alten Kulturen, wie die Zellen auskeimen. Ota und Langeron [1]), die noch verschiedene Varianten von Organes nodulaires abbilden, betonen, daß sie niemals bei diesen Organes nodulaires im Inneren der Myzelwände Sporen und Asken gesehen hätten und deshalb keine Ursache hätten, diese Gebilde als rudimentäre Perithezien aufzufassen. Die von mir gefundenen Organes nodulaires sind sicherlich nur als aufgewickelte Myzelien und zusammengesintere und verklumpte Sporen aufzufassen, und die zusammengeballten Sporenhaufen, wie sie in Abb. 1 dargestellt wurden, sind die Vorstufen dazu. Sicher sind sie keine in Bildung begriffene Asken.

Zusammenfassung

Bei Anlegung von Kulturen nach dem Wilenczykschen Verfahren, das besonders auf einer gewissen Austrocknung des Nährbodens und auf Temperaturwechsel beruht, ist es mir nie gelungen, wie Wilenczyk es angibt, Askenbildung nachzuweisen. Dagegen scheint die erwähnte Veränderung des Nährbodens manchmal die Entwicklung der Sabouraudschen „Organes nodulaires" zu begünstigen. Die von mir beobachteten Knotenbildungen können aber nur als Myzelaufwicklungen und Sporenzusammenballungen gedeutet werden, nicht als Vorstufen von Asken.

[1]) Ann. de Parasitol. hum. et comp., 1923, Teil 1, S. 305.

Digitized by Google

Naevus pigmentosus pilosus bei Mutter und Kind an derselben Stelle

Ein Beitrag zur Ätiologie der Muttermäler

Von

Prof. Dr. Meirowsky-Köln

In einer bemerkenswerten Arbeit in dieser Wochenschrift (1929, Nr. 32) berichtet A. Brauer über eine Familie, in der ein systematisierter Naevus aplasticus unter 155 Familienmitgliedern bei 38 Personen in 5 Generationen an derselben Stelle nachweisbar war. Auf Grund dieser Befunde und eines kritischen Studiums der Literatur kommt er zu dem Schlusse, daß die Muttermäler erbbiologisch bedingt seien. Da eine Vererbung von Naevi an derselben Körperstelle einen besonders eindringlichen Beweis für die Keimplasmatheorie der Naevi liefert, ist die Mitteilung Brauers von grundsätzlicher Bedeutung. Aus demselben Grunde ist auch die Veröffentlichung der folgenden Beobachtung gerechtfertigt, die ich dem Kollegen Wetzel in Neuruppin verdanke. Ein weibliches Mitglied seiner eigenen Familie hatte in der Ileozökalgegend einen etwa 7 cm langen, 3—4 cm breiten braunschwarzen Naevus pigmentosus pilaris. Während ihrer Schwangerschaft blaßte dieser Naevus ungefähr auf die Hälfte des Farbwertes ab, und der dann geborene Sohn hatte genau den gleichen Naevus an derselben Stelle in gleicher Größe und Form. Im Verlauf von etwa 2 Jahren nahm bei diesem Sohn dieser Naevus an Pigmentierung und Behaarung in gleichem Maße zu, wie er bei der Frau abnahm. Später verschwand er vollständig, und heute ist bei der Frau von ihrem alten Naevus keine Spur mehr zu finden, während er bei dem Sohne vollentwickelt ist, wie ehedem bei seiner Mutter. Ein Beobachtungsfehler ist nach der Mitteilung des Kollegen Wetzel ausgeschlossen. Ähnliche Fälle in der Familie sind nicht zur Kenntnis des Kollegen gekommen. Diese Beobachtung ist nach zwei Richtungen hin bemerkenswert: 1. die Tatsache, daß der Naevus der Mutter während der Schwangerschaft auf die Hälfte des Farbwertes abblaßt und später vollständig verschwindet, beweist, daß ein Naevus pigmentosus pilaris durch innere Faktoren ausgelöscht werden kann. Ich selbst habe einen systematisierten Naevus ichthyosiformis bei einem Neugeborenen nach einigen Monaten spurlos zurückgehen sehen. Siemens irrt also, wenn er die Naevusnatur der bei einem eineiigen Zwillingspaar vorhandenen Muttermäler im Falle Bardachs deshalb nicht anerkennen will, weil diese Naevi einige Zeit nach der Geburt wieder verschwunden waren. Nicht nur Feuermäler, sondern auch Pigmentmäler und systematisierte Hornmäler können sich zurückbilden — eine den meisten Klinikern wohlbekannte Tatsache, die man nicht dazu benutzen kann, die Naevusdiagnose zu bezweifeln.

2. Der beschriebene Fall ist wiederum ein unwiderleglicher Beweis für die Richtigkeit der Keimplasmatheorie der Naevi. Naevi an derselben

Digitized by Google

Stelle bei Vorfahren und Nachkommen sind bisher von Solger (sen.), Kaminer, Holländer, Leven, Brauer und mir beschrieben worden. Gleiche Erscheinungen bei Vor- und Nachfahren können nur auf Erbanlagen beruhen. Vererbt werden nur Reaktionsweisen, Bereitschaften, Anlagen oder wie man es sonst nennen will. Für die Naevi ist dieser Beweis exakt durch klinische Beobachtungen, durch die von mir durchgeführte erbbiologische Analyse der Haut, durch das gehäufte Vorkommen in Familien und durch die Korrelationsrechnung mehrfach erbracht worden, zuletzt durch Fritz Lenz, der aus meinem Material von 300 Zwillingspaaren bei eineiigen Zwillingen eine viel höhere Korrelationszahl errechnete, als bei Zweieiigen (0,78 ± 0,036 gegenüber 0,31 ± 0,9 bei Zweieiern), und damit bewies, daß die Anlage zu den Muttermälern ganz überwiegend durch Erbanlage bedingt ist. Diese Feststellungen genügen zur Begründung der Keimplasmatheorie der Naevi. Auch die hier veröffentlichte Beobachtung bildet einen neuen Beweis für die erbliche Bedingtheit der Naevi. Jesionek, dem dieses Heft gewidmet ist, hat in seiner zu wenig gewürdigten „Biologie der Haut" in dem Kapitel über „die mißgebildete und infolge fehlerhafter Bildungen falsch funktionierenden Haut" bereits darauf hingewiesen, daß die fehlerhafte Veranlagung der mütterlichen und väterlichen Keimzelle die Entstehung der Mißbildungen der Haut beeinflussen könne und somit die Keimplasmatheorie der Naevi vorbereitet.

Nachschrift bei der Korrektur

Siemens stellt in einer Erwiderung auf eine Arbeit Levens (Arch. f. Derm., Bd. 158, H. 2) in einer Fußnote folgende irreführende Behauptung auf: Der bekannte Erblichkeitsforscher F. Lenz, der durch seine Zusammenarbeit mit Meirowsky lange den Eindruck erweckt hat, als ob er auf dem Boden der „keimplasmatischen Naevustheorie" stehe, rückt jetzt deutlich davon ab, indem er schreibt: „Die Gestaltung der einzelnen Muttermäler . . . ist als solche nicht erblich." Sic! Als Beweis für seine Behauptung nimmt er **einen** Teil eines Satzes aus dem Zusammenhang heraus, veröffentlicht diesen nicht vollständig und läßt die Ausführungen aus, die die Stellungsnahme von Lenz kennzeichnen. Zur Vermeidung irrtümlicher Auffassungen erscheint es mir deshalb erforderlich, die Ausführungen von F. Lenz, auf welche sich Siemens offenbar stützt, vollständig anzuführen.

(Handbuch der hygienischen Untersuchungsmethoden von Gotschlich, Jena 1929, Bd. 3, S. 734.) „Soweit Unterschiede der Muttermalbildung durch Umwelteinflüsse bedingt sind, kommen im wesentlichen offenbar nur Einflüsse während der frühen Embryonalentwicklung in Betracht, und da ein Einfluß im allgemeinen um so stärkere Folgen hat, auf je frühere Entwicklungsstufe er einwirkt, so können es möglicherweise ganz geringfügige Unterschiede der Konstellation sein, die man kaum den sonst medizinisch oder hygienisch wichtigen Umwelteinflüssen an die Seite stellen kann. Ich möchte sie jenen Ursachen vergleichen, die bei einem Springbrunnen zu der immer wechselnden Auflösung des Wasserstrahles in einzelne Tropfen führen. Die Gestaltung der einzelnen Tropfen ist nicht durch die innere Anlage des Springbrunnens bedingt, aber auch nicht direkt

Digitized by Google

durch äußere Ursachen, sondern sie entstehen infolge Störungen der Ausbalanzierung des Strahles, die ihrerseits freilich wieder aus dem Zusammenspiel der inneren Anlage und der äußeren Umstände sich ergeben. Ähnlich dürfte auch die Gestaltung der einzelnen Muttermäler zustande kommen: diese ist als solche nicht erblich; doch kann man sie auch nicht eigentlich umweltbedingt nennen; am besten ist sie wohl als ‚zufällig' zu bezeichnen. **Die Muttermalbildung im ganzen aber ist ausgesprochen erblich"** (von mir gesperrt wiedergegeben).

Aus der dermatologischen Abteilung des Charlottenburger Krankenhauses
(Prof. Dr. C. Bruhns)

Über nicht luetische syphilisähnliche Exantheme an den äußeren Genitalien weiblicher Kinder

a) Lichen obtusus vulvae. b) Pseudosyphilis der Genitalien (Lipschütz)

Von

Dr. A. Alexander, dirig. Arzt

Mit 2 Abbildungen im Text

a) Lichen obtusus vulvae

Vor kurzem hatten wir Gelegenheit, bei zwei Säuglingen ein Krankheitsbild an der Vulva zu beobachten, das zu diagnostischen Schwierigkeiten Veranlassung gab. Es handelte sich in beiden Fällen um Efloreszenzen, die wir schließlich nach reiflicher Erwägung zum Lichen obtusus zu rechnen uns berechtigt glaubten, die aber in differentialdiagnostischer Beziehung gewisse Zweifel nach der Seite der Syphiloïdes postérosives einerseits, der kondylomatösen Lues andererseits aufkommen ließen.

Zunächst seien die beiden Fälle unter Weglassung alles Unwesentlichen kurz mitgeteilt.

Fall 1. U. K., 3 Monate alter gutgenährter Säugling, weiblichen Geschlechts, der seit 10 Tagen plötzlich ad genitalia kleine Geschwülste bekam, ohne daß Durchfälle oder Hautaffektionen irgend welcher Art vorhergegangen waren. Es besteht kein wesentlicher Juckreiz.

Status: An beiden großen Labien entsprechend dem unteren Teil der Vorderseite je drei rundliche, gut linsengroße, dicht beieinander liegende, knopfförmig erhabene Effloreszenzen, die sich mäßig hart anfühlen, scharf gegen die Umgebung abgrenzen, etwa 2 mm über das Hautniveau emporragen, blaßrötlich gefärbt und von völlig intaktem Epithel überzogen sind. Am Vorderrande des Musc. sphincter ani extern. findet sich ebenfalls je eine linsengroße knopfförmige Effloreszenz mit intaktem Epithelüberzug, die sich auch derb anfühlen, jedoch mehr bräunlich gefärbt sind. Auf den angrenzenden Partien beider Glutäen sieht man etwa je hirsekorngroße Eruptionen von gelblichroter Farbe. Sie stehen dicht beieinander, jedoch ohne zu konfluieren, sind nur gering erhaben und alle von intaktem Epithel überzogen. Bei seitlichem Blick sehen die Efflorenszenzen perlmutterfarben aus. Keine Kratzeffekte, keine Erosionen oder Ulzerationen, auch keinerlei ekzemartige Veränderungen. WR bei Mutter und Kind negativ. Keine Spirochäten (vgl. Abb. 1).

Digitized by Google

Das Kind wird längere Zeit mit Zinkpaste behandelt, ohne daß eine Besserung des klinischen Bildes einträte. Daraufhin werden die sechs großen Eruptionen auf dem Labium maj. unter Lokalanästhesie exzidiert, während die kleinen Effloreszenzen ad anum und den beiden Glutäalpartien mit Höllenstein behandelt werden: Heilung innerhalb von 3 Wochen.

Nach 2 Monaten erfolgt Wiederaufnahme, da sich am linken Labium maj. eine erbsengroße, am rechten Labium maj. zwei linsengroße Effloreszenzen in den alten Exzisionsnarben gebildet haben. Auf den Glutäen finden sich wiederum etwa je 8 bis 10 linsengroße Eruptionen von blaßrötlicher Färbung. Farbe und Aussehen die gleichen wie bei der ersten Einlieferung. Die eine Effloreszenz auf dem linken Labium maj. und eine auf der linken Glutäalgegend zeigen diesmal eine zentrale Erosion, während alle übrigen von glattem Epithel überkleidet sind.

Wiederum fallen sämtliche serologischen und Spirochätenuntersuchungen völlig negativ aus. Die großen Effloreszenzen werden von neuem unter lokaler Anästhesie abgetragen und der Exzisionsgrund kauterisiert, die kleinen heilen unter Borsalbe in 14 Tagen ab. Nach $^3/_4$ Jahren erfolgte Wiedervorstellung bestätigt völlige Heilung.

Fall 2. R. B., 13 Monate altes Kind, weiblichen Geschlechts. Genauere Anamnese ist wegen Erkrankung der Mutter nicht zu erhalten.

Status: Am unteren Teil beider Lab. maj., fast am freien Rande, findet sich je eine etwa linsengroße, mäßig erhabene, runde Effloreszenz von braunrötlichem Farbton, die sich deutlich gegen die Umgebung absetzt. Die Eruptionen fühlen sich derb an und sind von völlig intaktem Epithel überkleidet. Inguinaldrüsen nicht vergrößert. Auf den angrenzenden Partien beider Glutäen noch etwa je acht ebensolche, jedoch heller gefärbte Effloreszenzen, die sich durch ihre Erhabenheit und ihren Farbton von der normalen Umgebung deutlich abheben. WR und Spirochätenuntersuchung negativ. Verlauf wie in Fall 1 recht langwierig und nur durch reduzierende Mittel bzw. Exzision beeinflußbar.

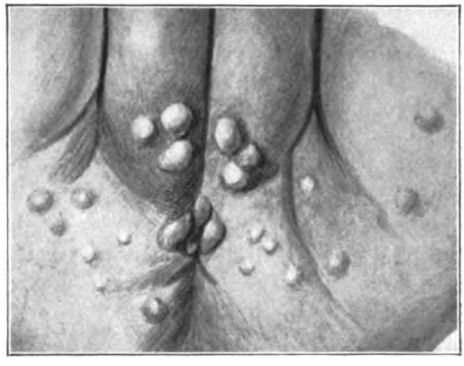


Abb. 1. Fall 1, Lichen obtusus vulvae. Zahlreiche derbe, rundliche Effloreszenzen von verschiedener Größe

Histologischer Befund von Fall 1. Epidermis erheblich verbreitert, von Wanderzellen durchsetzt, insbesondere die interpapillären Zapfen bis zum Zusammenfließen benachbarter Glieder gewuchert; an einer Stelle im Zentrum der Papel ist das Deckepithel zum großen Teil verloren gegangen und nur noch an einzelnen Stellen schichtweise vorhanden. (Traumatisch bedingter, vielleicht durch Kratzen hervorgerufener Substanzverlust auf der Höhe der Papel.) Interzellularbrücken verbreitert, stellenweises Ödem der Retezellen. Die Basalzellenschicht im allgemeinen gut erhalten, jedoch an einzelnen Stellen des Pigmentes verlustig gegangen, und unregelmäßige Gestaltung der Zylinderzellen aufweisend. Am Grunde der Retezapfen vielfach „Lymphseen". Der Papillarkörper zeigt überall die Zeichen lebhafter Entzündung, insbesondere fällt (vgl. auch Fall 2) die sehr intensive Vermehrung und Vergrößerung der fixen Bindegewebszellen auf, die stellenweise in langen Zügen, eine direkt an die andere gedrängt, das Gesichtsfeld durchziehen. Zwischen ihnen sieht man zahlreiche polynukleäre und mononukleäre Leukozyten, vermehrte und erweiterte Blutgefäße und ebensolche Lymphgefäße, sowie Auseinanderdrängung der Bindegewebsfibrillen durch Ödemflüssigkeit. Das elastische Gewebe ist im gesamten Papillarkörper sehr stark vermindert, in der mittleren und unteren Kutis, obwohl auch hier der Entzündungsprozeß, wenn auch weniger intensiv, deutlich erkennbar ist, relativ gut erhalten.

Histologischer Befund von Fall 2. In den Randschnitten der exzidierten Papel sieht man Verbreiterung des Epithels und der interpapillären Zapfen, so daß letztere miteinander ein vollständiges Netzwerk bilden, ferner eine mäßige Entzündung

Digitized by Google

und Gefäßvermehrung bzw. -erweiterung im Papillarkörper. Je mehr nach dem Zentrum zu, desto stärker werden die Veränderungen, so zwar, daß in den zentralen Schnitten in etwa 12—15 Papillenbreite der pathologische Prozeß sich in der folgenden Weise darstellt: Das Rete ist bei normaler Hornschicht sehr erheblich verbreitert und die interpapillären Zapfen in Breite und Tiefe außerordentlich stark gewuchert. Die Retezellen zeigen vielfach Ödem und altération cavitaire, nehmen die Farbe schlecht an, die Interzellularräume sind verbreitert, die Basilarschicht an vielen Stellen ihres Pigmentgehaltes und der normalen zylinderzellenartigen Gestalt verlustig gegangen, unscharf und mit unregelmäßiger Begrenzung in die Umgebung übergehend. Der Papillarkörper befindet sich im Zustande hochgradigster Entzündung. Speziell die fixen Bindegewebszellen sind derartig stark vermehrt und vergrößert, daß an manchen Stellen eine entfernte Ähnlichkeit mit einem Epitheloidzellentuberkel besteht. Zwischen diesen „epitheloiden" Zellen sieht man zahlreiche mononukleäre und polynukleäre Leukozyten und Mastzellen. Die geschilderten Veränderungen reichen in abnehmender Stärke bis in die mittlere Kutis hinein. Überall sind die Blutgefäße erweitert und vermehrt. An den Follikeln ist stellenweise die Ansammlung von ein- und mehrkernigen Wanderzellen besonders stark, so daß größere und kleinere miteinander zusammenhängende und diskret stehende aus dichtgedrängten Lymphozyten bestehende Herde entstehen, die den Veränderungen beim Lichen planus ähnlich sind. Auch die für letzteren so charakteristischen „Lymphseen" an der Basis der Retezapfen sind vielfach in sehr ausgeprägtem Grade vorhanden. Das Epithel ist von zahlreichen Leukozyten durchsetzt. Eine Kontinuitätstrennung besteht nicht.

Histologisch besteht also eine chronische — dafür spricht die reichliche „epitheloide" Umwandlung der Bindegewebszellen — Entzündung des Papillarkörpers mit in einem Fall nur mäßig, in dem anderen Fall stärker ausgeprägter Ödematisierung des Deckepithels. Im 2. Fall gesellt sich zu diesen Veränderungen noch eine allerdings nicht sehr charakteristische lymphozytäre Zellinfiltration um die Follikel, die an einzelnen Stellen ziemlich intensiv auftritt und gemeinsam mit den subepidermoidalen Lymphseen, die beiden Beobachtungen gemeinsam ist, an Lichen planus erinnert.

Bei beiden Fällen handelt es sich demnach um in gesunder Umgebung ziemlich rasch aufgeschossene blaßrote, solide, über die Hautoberfläche erhabene, auffallend harte, von gesunder Epidermis überzogene, nur selten leicht erodierte Effloreszenzen, die der Therapie gegenüber recht hartnäckig sind und keinerlei spontane Rückbildungstendenz oder Neigung, in andere Wuchsformen überzugehen, aufweisen.

Für die Diagnose kamen zunächst syphilitische Papeln in Betracht, doch sprach dagegen das Fehlen anderer Erscheinungen von Lues und der wiederholt negative Befund aller serologischen und mikroskopischen Untersuchungen.

In zweiter Linie war zu denken an die „Dermite syph. postérosive" Jaquets[1]), und zwar deren papulöse Form, die seinerzeit zuerst von Parrot als Erythema papulosum beschrieben und dann von demselben Autor später als lentikuläres Syphilid gedeutet worden war. Jaquet klärte dann in mehreren Arbeiten diesen Irrtum auf und beschrieb als „Dermites infantiles simples", d. h. als bei Kindern vorkommende banale, in keiner Weise mit Lues zusammenhängende Erytheme eine Reihe von Krankheitsbildern, die als „Dermite érythemateuse simple" beginnen, dann

[1]) Jacquet, La pratique dermatologique, Bd. 1, S. 873 ff. (daselbst auch die ältere Literatur).

Digitized by Google

zur Dermite érythemato-vesiculeuse werden und schließlich in manchen Fällen in die uns besonders interessierende „Dermite papuleuse" übergehen (s. Abb. 2). Auch zur Ulzerationsbildung kann es gelegentlich kommen [Parrot[1]), Moussous[2]), Sevestre[3])]. Dieses „Érythème papuleux postérosif" ou Syphiloid postérosif (Jaquet) bildet also bei Kindern eine fortlaufende Reihe von zu einem gemeinsamen Ganzen gehörenden Krankheitsbildern, die allerdings wohl nur in seltenen Fällen hintereinander sich abspielen, meist wohl zu gleicher oder doch fast zu gleicher Zeit bei demselben Kranken gemeinsam vorkommen und ein charakteristisches Ensemble bilden. (S. zum Vergleich zu Abb. 1 die Abb. 2, die ein besonders schönes und typisches Bild der eben geschilderten Affektion darstellt.)

Abb. 2. Typisches Bild von Erythème syphiloide postérosive vacciniforme

In relativ seltenen Fällen — solche sind von Besnier[4]), Halle[5]), Fournier, Feulard[6]) und neuerdings von Petges und Rocaz (Paris méd., 1921, Nr. 10, S. 190—195), beschrieben worden —, tritt nun bei dieser Erkrankung nur das eine Stadium, nämlich das papulöse, für sich getrennt von den anderen allein so sehr in den Vordergrund, daß klinisch scheinbar oder vielleicht auch tatsächlich die übrigen Erscheinungsformen der Affektion fehlen: es sind das die Varietäten der Erkrankung — bei denen das, ich möchte sagen, chronisch entzündliche Moment so sehr überwiegt, daß eine große Ähnlichkeit mit einem papulösen Syphilid die Folge ist und daß, wenn noch einzelne der Eruptionen sich nachträglich

[1]) Parrot, L'athrepsie. Masson éditeur 1877. — [2]) Moussous, Leçons clin. sur les maladies de l'enfance, Paris 1892. — [3]) Sevestre, Bull. de la soc. méd. du hôp., 1887, S. 450. — [4]) Besnier, Ann. de Derm., 1889, Bd. 10, S. 443. — [5]) Halle, Dermatitis pseudosyph. vacciniformis infantum. Derm. Zschr., 1908, Bd. 15, S. 215. — [6]) Feulard, Éruption pap. d'aspect vacciniforme seu syphiloide. France Medicale 1889.

Digitized by Google

oberflächlich erodieren, der Ausdruck „vakziniform" scheinbar zu Recht besteht. Es handelt sich hier aber, wie die histologische Untersuchung zeigt, nicht um echte Dellenbildung, sondern um einfaches Fehlen des Deckepithels an einzelnen Stellen, um eine gewöhnliche Erosionsbildung.

Es fragt sich nun, ob eine solche Dermatitis vacciniformis pseudosyphilitica infantum hier vorliegt.

Jacquet selbst drückt sich in seiner Arbeit in „La pratique derm.", Bd. 1 sehr unbestimmt über die Natur und die Zugehörigkeit dieser Variante zu dem von ihm ursprünglich beschriebenen Krankheitsbild aus und spricht ganz offen von einer „ignorance totale de leur nature". Er deutet aber an, daß man es mit einer Art Vakzine zu tun haben könnte.

Ich persönlich glaube, daß diese Erkrankungsformen verschieden beurteilt werden müssen und zwar weniger nach ihrem Aussehen als je nach ihrem klinischen Verlauf. Gehen sie relativ rasch vorüber wie z. B. bei Halle — über das Entstehen der vesikulären Effloreszenzen und den eventuellen Übergang solcher in die papelähnlichen Gebilde wird meist von den Müttern nichts zu erfahren sein —, so wird man in der Tat mit diesem Autor eine besondere Form der oben erwähnten Jacquetschen Krankheit annehmen dürfen und sie zu den „Syphiloides postérosives" rechnen müssen. Sind die Effloreszenzen aber derartig stabil und hartnäckig wie in unserem Fall, so wird man — glaube ich — an ein ganz anderes Krankheitsbild, nämlich an den Lichen obtusus, den Unna seinerzeit als besonders bei Kindern vorkommend beschrieb, und von dem neuerdings Habermann einen sehr bemerkenswerten Fall publiziert hat, denken dürfen.

Allerdings besitzen die kleinen glatten bis erbsengroßen, blaßroten, manchmal wachsartig glänzenden Tumoren nach Unnas Beschreibung nicht gerade eine Vorliebe für die Genitalien, aber es ist doch bei der starken Neigung des Lichen planus für diese Lokalisation durchaus möglich, daß auch die genannte Abart mal hier zur Erscheinung kommen kann.

Habermann will übrigens, wie hier in Parenthese bemerkt sei, den Namen Lichen obtusus aufgeben und ihn durch den Ausdruck Lichen ruber hypertrophicus follicularis laevis ersetzen, letzeres Beiwort deswegen hinzusetzend, um die glatte Oberfläche der kleinen Tumoren im Gegensatz zu der rauhen des Lichen ruber verrucosus hervorzuheben. Ich möchte mich dem nicht anschließen und mehr dafür sein, den alten Unnaschen eingebürgerten Namen Lichen obtusus, der doch ganz gut die Zugehörigkeit zum Lichen-Begriff zum Ausdruck bringt, beibehalten, schon deswegen, um nicht noch mehr neue Namen in unser in bezug auf die Nomenklatur schon allzu sehr belastetes Fach hineinzubringen.

Ich glaube also, daß wir unsere Beobachtung als Lichen obtusus bezeichnen müssen, und glaube das um so mehr, als auch der histologische Befund nicht durchaus gegen diese Diagnose spricht. Allerdings vermissen wir im ersten Falle die für Lichen planus charakteristischen lymphoiden Zellinfiltrate, wenn auch nicht völlig, aber doch immerhin insoweit, daß sie hinter den epitheloiden Zellansammlungen an Zahl und Bedeutung sehr zurücktreten. Aber ich glaube nicht, daß man

Digitized by Google

berechtigt ist, ihr geringe Ausbildung so hoch zu bewerten, daß wir deshalb die klinisch sichere Diagnose Lichen obtusus zurückweisen oder ausschließen müßten. Es kommt doch bei allen derartigen Biopsien immer auf das Stadium an, in dem exzidiert wird, und ich meine, wir dürfen die Möglichkeit nicht von der Hand weisen, daß wir in einem anderen Stadium ein mehr nach der typischen Seite des Lichen ruber entwickeltes mikroskopisches Bild bekommen kätten. Auch bei unzweifelhaften Lichen-ruber-Fällen ist letzteres nicht immer so typisch, wie es in den Lehrbüchern geschildert wird, und ich habe manchen sicheren Fall von Lichen planus untersucht, der die lymphoiden Zellen nicht in so charakteristischer Anordnung nach unten scharf abschneidend und dicht gedrängt stehend, sondern mehr diffus verteilt und auseinander geschoben erkennen ließ.

Außer den Syphiloides postérosives kommt noch eine weitere Affektion differential-diagnostisch in Betracht; Das ist der Lichen obtusus corné, auch Lichenification circonscrite nodulaire, Urticaria perstans, Prurigo nodularis (Hyde), Tuberosis cutis pruriginosa (Herxheimer), Eczema verrucoso-callos. (Unna) genannt, in Betracht. Diese Dermatose, deren zahlreiche Namen schon zur Genüge ihre von seiten der verschiedenen Autoren differenzierte Auffassung dartun, ist in ihrer Pathogenese jetzt so weit geklärt, daß wir sie als Neurodermitis, und zwar mit Brocq-Pautrier als eine atypische Abart derselben auffassen dürfen. Sie kommt für unsere beiden Fälle schon deswegen nicht in Betracht, weil hier keine anderen Zeichen von Neurodermitis vorhanden sind, weil ferner der für diese Krankheit pathognomonische primäre perniziöse Juckreiz vollkommen fehlt und weil die genannte Affektion eine außerordentlich chronisch verlaufende, kaum jemals abheilende Dermatose darstellt, alles Momente, die für die uns beschäftigenden Eruptionen nicht zutreffen.

b) Pseudosyphilis Lipschütz

Im Gegensatz zu den beschriebenen Tumoren bescherte uns der Zufall fast zu gleicher Zeit eine Beobachtung, die klinisch noch weit mehr als die eben erwähnten Ähnlichkeit mit einer kondylomatösen frischen Syphilis hatte, die aber, wie die genaue Untersuchung ergab, zu dem von Lipschütz beschriebenen Krankheitsbild der „Pseudosyphilis“ zu rechnen war.

Es handelte sich um folgenden Fall:

Kind X., 13 Jahre alt, aufgenommen 25. X. 1926. Ende August angeblich von einem unbekannten Manne vergewaltigt. Seit 8 Tagen Geschwüre ad genitalia.

Status: drei flache, nur leicht erhabene glatte Papeln, ganz ähnlich Condylomata lata, an beiden großen Labien, links zwei, rechts eine, letztere etwas feucht, die anderen beiden trocken. Inguinaldrüsen beiderseits von Erbsengröße. Sonst keine Zeichen von Lues. Wiederholte Untersuchung auf Spirochäten bleibt negativ. WR und Flockungsreaktion dauernd negativ. Exzision einer Papel zu histologischen Zwecken.

Histologischer Befund. Hornschicht normal. Keratohyalin: vielfach geschwunden. Das Rete sehr stark verbreitert und gewuchert, die Zellen etwas schlechter färbbar als normal, zum Teil mit perinukleärer Höhlenbildung (altération cavitaire), zum Teil mit stark erweiterten Saftlücken. Auch die interpapillären Zapfen erheblich verbreitert. Scharfe Abgrenzung der Epidermis gegen die Kutis, Verlust des basilaren Pigmentes. Keine Leukozyteninvasion des Epithels. Im Papillarkörper sowie in

Digitized by Google

oberer und mittlerer Kutis sind die Bindegewebszellen vermehrt, desgleichen die Mastzellen, ebenda sind auch die Blutgefäße erweitert und strotzend mit Blut gefüllt. Pol. Leukozyten und Lymphozyten sind überall im Bindegewebe verstreut. Perivaskulär finden sich auch Plasmazellenanhäufungen mäßigen Grades.

Es handelt sich also um breit aufsitzende, meist trockene, nur wenig Neigung zum Nässen besitzende papel- resp. Condyloma-latum-ähnliche Gebilde, die bei oberflächlicher Betrachtung unschwer hätten als Lues imponieren und hier in diesem Falle wegen der sehr belastenden Anamnese besonders leicht zu falschen Deutungen hätten Anlaß geben können. Das Fehlen von anderen Erscheinungen von Lues, trotz längerer Beobachtung der Kranken der dauernd negative Spirochäten- und Wassermannbefund schützten in diesem Falle vor der Verwechslung mit Lues, und auch der histologische Befund (starke Akanthose mit fast fehlender Leukozytendurchwanderung, chronische Entzündung des Papillarkörpers und der oberen Kutis, ohne irgend welche für Lues sprechende Anordnung der Infiltrate um die Gefäße resp. Veränderungen der Gefäßwände und ohne erhebliche Plasmazellenanhäufungen) sprach bei negativem Spirochätenbefund im Schnitt ebenfalls gegen die Lues.

Derartige Fälle scheinen recht selten zu sein, und wir selbst haben solche trotz großen venerischen Materials kaum jemals gesehen. In der Literatur existiert nur eine Arbeit, die sich mit dem Thema beschäftigt: „B. Lipschütz, Das Bild der Pseudosyphilis am äußeren Genitale des Weibes [1]).

L. berichtet aus der Fingerschen Klinik über vier derartige Fälle. Drei von ihnen waren körperlich verwahrlost und litten an Vulvitis und Vaginitis — auch unsere Kranke hatte reichlichen Ausfluß ohne Gonokokken —, und L. ist geneigt, der damit verbundenen vermehrten Sekretion und Verschmutzung bei vorhandener Disposition einen auslösenden Einfluß auf die Enstehung der kondylomartigen Gebilde zuzuschreiben.

L.s Darlegungen entsprechen genau der unsrigen, nur daß er auch ad anum die fraglichen Gebilde beobachten konnte. Auch histologisch stimmt seine Schilderung etwa mit dem, was wir gefunden haben, überein, insbesondere scheint mir die mangelnde Leukozyteninvasion des Epithels im Gegensatz zur Lues einigermaßen charakteristisch für die uns beschäftigende Dermatose zu sein. Einen Unterschied der Lipschützschen Fälle gegenüber dem unsrigen möchte ich hervorheben: er berichtet über sehr schnelle Abheilung der Effloreszenzen, sobald die Patienten ins Hospital und damit in bessere hygienische Verhältnisse kamen; das war bei uns nicht der Fall, insofern als die Papeln relativ lange zur Abheilung gebrauchen.

Wir müssen also annehmen, daß bei Kindern — falls es erlaubt ist, die 13 Jahre alte Patientin noch mit in das Kindesalter hineinzurechnen — dreierlei Arten luesähnlicher Affektionen ad genitalia vorkommen, nämlich 1. das Érythème syph. posterosif (Jacquet), das wohl ausschließlich Säuglinge befällt und außer in der typischen Form des Nebeneinander- resp. Hintereinandervorkommens des erythematösen, vesikulösen und papulösen, in einzelnen Fällen sogar des ulzerösen Stadiums auch als von vornherein und primär papulöse resp. vakziniforme Variante auftreten kann, ferner 2. stabile, von vornherein papulösen, ge-

[1]) Arch., Bd. 131, S. 104.

Digitized by Google

schwulstartigen Charakter darbietende Effloreszenzen, die wir wie die unsrigen zum Lichen obtusus rechnen dürfen, und 3. eine Erkrankungsform, die ältere Kinder neben Erwachsenen befällt und klinisch ganz außerordentlich den breiten Kondylomen ähnelt, die „Pseudosyphilis" von Lipschütz. Alle diese Formen haben, wie schon eingangs gesagt, eine gewisse praktische Wichtigkeit insofern, als sie leicht für Lues gehalten werden können, wie ja auch eine von ihnen, die erstgenannte, von einem so guten Beobachter wie Parrot [1]) tatsächlich mit Lues verwechselt und als lentikuläres Syphilid aufgefaßt worden ist.

Zwei der genannten Dermatosen, nämlich der Lichen obtusus der Genitalien und die Pseudosyphilis Lipschütz, sind so wenig bekannt, daß ihre Besprechung wohl nicht ohne Interesse ist, und auch für die Fachkollegen eine erwünschte Anregung, auf ähnliche Fälle zu achten, darstellen dürfte.

Die beifolgenden Abbildungen, von denen die eine den einen unserer Fälle von Lichen obtusus zum Gegenstand hat, und die andere zum Vergleich ein jüngst bei uns beobachtetes sehr typisches Bild von „Syphiloides posterosives vacciniformes" wiedergibt, sind vielleicht geeignet, das genau zu illustrieren und den Unterschied zwischen den beiden Affektionen deutlich zu machen.

Aus der Universitätshautklinik Heidelberg (Direktor: Prof. Dr. Bettmann)

Periporale Keratodermie nach Poliomyelitis

Von

Prof. Dr. Oscar Gans

[Mit 2 Abbildungen im Text

Seit der ersten Veröffentlichung [2]) über punktförmige, an die Schweißdrüsenostien gebundene Hyperkeratosen im Jahre 1923 sind nur wenige weitere Fälle bekannt geworden. P. W. Schmidt hat sie jüngstens zusammengestellt und von den punktförmigen Keratosen anderer Verteilung abgegrenzt. Neben seiner eigenen Beobachtung (Porokeratosis vera non perstans) gehören ein von Feldmann und ein von Hidaka mitgeteilter Fall (Porokeratosis perstans) hierher. Ein sicherer Anhaltspunkt für die Genese der eigenartigen Hautveränderung ist bisher nicht gefunden worden. Vermutungsweise wird an den Zusammenhang mit äußeren Schädigungen gedacht.

Diese wenigen Beobachtungen scheinen jedoch, soweit dies aus den zum Teil nur sehr kurzen Mitteilungen erschlossen werden kann, untereinander durchaus nicht gleichwertig. Dies ergibt sich schon aus der verschiedenen Verteilung auf der Haut in den einzelnen Fällen. Bezüglich näherer Umstände sei auf die Arbeit P. W. Schmidts [3]) verwiesen.

[1]) La syphilis héréd., S. 39.

[2]) Gans, Keratoma periporale. 13. Kongr. der D. D. G., München 1913. Arch. f. Derm., 1924, Bd. 145. — [3]) P. W. Schmidt, Über eine bisher nicht beschriebene punktförmige Keratose. Porokeratosis vera non perstans. Arch. f. Derm., Bd. 158, H. 1, S. 186—198.

Digitized by Google

Jede weitere Beobachtung ist daher zur Klärung des Krankheitsbildes willkommen, insbesondere dann, wenn, wie im nachfolgenden Falle, sich gewisse, wenn auch nicht endgültige Anhaltspunkte ätiologischer Natur anzudeuten scheinen.

Aus der Krankengeschichte, für deren Überlassung ich dem Vorstand der medizinischen Universitätsklinik, Herrn Geheimrat VON KREHL, zu besonderem Dank verpflichtet bin, sei unter Weglassung des Unwesentlichen folgendes mitgeteilt:

Familienvorgeschichte o. B.; keine Blutsverwandschaft der Eltern.

Eigene Vorgeschichte des nunmehr 15jährigen Mädchens B. R.: Als Kind gesund, erste Periode mit 14 Jahren, bisher regelmäßig ohne Beschwerden. 7 Wochen vor Eintritt in die Klinik blieb die Regel aus; es fiel um diese Zeit der Kranken auf, daß die Beine beim Gehen den Dienst versagten, der Gang sei steif gewesen, die Körperhaltung vornübergebeugt. Das Treppensteigen ist schwer geworden, besonders treppauf. Wegen des allgemeinen Krankheitsbefundes wurde der Arzt befragt, der eine hämorrhagische Nephritis (?) feststellte.

Abb. 1. Übersichtsbild

Im Laufe des Krankenlagers fiel dem Arzt auf, daß die Kranke sich im Bett schlecht drehen konnte; auch konnte sie mit den Händen nicht mehr zum behaarten Kopf hinauflangen. Psychisch zeigte sich die Kranke nicht verändert. In letzter Zeit hat die Kranke an Gewicht abgenommen, wahrscheinlich durch eine Störung in der Nahrungsaufnahme; sie verschluckt sich mitunter, besonders bei festen Sachen; es bleibt ein Brocken im Hals stecken, Flüssiges geht besser durch. Die Sprache soll „dunkler" geworden sein.

Der Aufnahmebefund in der Med. Univ.-Klinik vom 7. I. 1929 berichtet über ein mittelgroßes, zart gebautes, sehr abgemagertes Mädchen mit gut durchbluteter Haut und Schleimhaut, mit schmalem, schlecht gewölbtem Thorax, geringer Skoliose, normalen Lungen- und Herzgrenzen, erster Herzton unrein, klappende Töne, Puls etwas hart. Blutdruck 150/85.

Der Kopf kann nach rechts und links gedreht, aber nicht im Liegen aufgehoben werden. Es besteht eine Atrophie der Muskeln der Schultern und Oberarme beiderseits, weniger der Unterarme, deutlicher der Hände (flacher Handteller, eingesunkener erster Interosseus). Die Finger beiderseits stehen in ganz leichter Beugestellung. Die Mm. supraspinatus, infraspinatus und deltoideus r. = l.; Mm. triceps, biceps r. > l., Atrophie der Oberschenkel l. > r.

Nervensystem: Augen: Lidspalten r. = l., Augenbewegungen frei, kein Nystagmus, linke Pupille Spur größer als rechte, beide rund, mittelweit, reagieren prompt auf Licht und Konvergenz.

Digitized by Google

Übrige Gehirnnerven: VII. links geringe Parese, Lidschluß schwächer, der Mundwinkel hängt eine Spur.

Reflexe: Conj.-Corn.-Reflexe r. +, l. +, Würgreflexe (+), Trizeps r. +, l. +, Bizeps r. +, l. +, Bauchdecken r. 0, l. 0, Patellar r. +, l. +, Achilles r. +, l. +, Babinski, Gordon r. 0, l. 0, Oppenheim r. 0, l. 0, Masseter +, Strümpell nicht zu prüfen.

Sensibilität: Qualitäten erkannt, Funktionen intakt.

Mobilität: Der Oberarm wird nicht gehoben, der Unterarm nicht gestreckt, links etwas besser als rechts gebeugt. Händedruck beiderseits sehr schwach, desgleichen Pro- und Supination. Die Oberschenkel werden nur wenig und mit geringer Kraft gebeugt, etwas besser gestreckt, Fußheben schlecht, nach unten Treten besser. Kein Rigor, kein Spasmus, kein Tremor. Koordination: Finger-Nasenversuch unter Berücksichtigung der Atrophien ziemlich gut. Kniehinkenversuch nicht zu prüfen, Romberg nicht zu prüfen. Gang nicht zu prüfen, Sprache leicht nasal. Urin: Spur Albumen, im Sediment massenhaft harnsaure Salze, keine Zylinder oder Erythrozyten.

Die elektrische Untersuchung ergibt eine Herabsetzung der Erregbarkeit bei Reizung mit faradischem und galvanischem Strom; genaue Werte können nicht bestimmt werden, da das Mädchen überaus ängstlich ist und dauernd zusammenzuckt.

Im Laufe von 8 Wochen tritt allmählich eine Besserung ein. Am 9. III. Entlassung. Als Überbleibsel der Erkrankung: Atrophie des M. deltoideus, etwas weniger des M. triceps, und zwar rechts mehr wie links; beiderseits geringe Beugekontraktur der Fingergelenke beider Hände. Fast alle Bewegungen in Armen und Beinen möglich, wenn auch die grobe Kraft noch sehr gering. Bei einer Wiedervorstellung im April hat sich der Zustand noch nicht geändert, ebensowenig bei einer weiteren Vorstellung am 26. VI. 1929. Es hatte sich jedoch an den Händen eine eigenartige Verhornung entwickelt, deretwegen die Kranke die Hautklinik aufsuchte.

Abb. 2. Ausschnitt aus der linken Handfläche bei etwa natürlicher Größe. (Die Schwärze der Ostien rührt von einer Rußmasse her, die zur Abnahme eines Dermatogramms aufgetragen worden war)

Diagnose der medizinischen Klinik: Poliomyelitis.

Hautveränderung: Bei der Entlassung am 9. III. ist der Kranken an den Händen insbesondere an den Handflächen noch nichts aufgefallen, außer der Beugestellung und Kältegefühl.

Untersuchungsbefund der Hautklinik am 26. VI. 1929: Beide Hände fühlen sich auffallend kalt an, stehen in leichter Beugekontraktur. Die Finger sind blaurot verfärbt. Auf der Beugeseite der Hände ekzematöse Veränderung in Gestalt von trockenen Schuppen und Rhagaden. Auf der Streckseite beider Hände sieht man über sämtlichen Fingergelenken, am stärksten ausgesprochen über den Grund- und Mittelgelenken, eine scharf umschriebene, blaurote Verfärbung, entsprechend den Phalangenköpfchen. Die Epidermis erscheint hier verdickt, die normale Hautfelderung ist stärker betont. In dem derart veränderten Bezirk erkennt man je etwa 20 bis stecknadelkopfgroße, kreisrunde, oberflächliche Einsenkungen der Haut mit überhöhtem Rand und kraterförmiger Mitte, die den Schweißdrüsenausführungsgängen entsprechen dürften. Die gleiche eigentümliche Veränderung bieten die Beugeseiten der Hände (s. Abb. 1). Hier beginnt die Veränderung an den Unterarmen in jenem Bezirk, der für gewöhnlich von Haarbalg- und Talgdrüsenfollikeln frei gefunden wird. Distalwärts erstreckt sich die Veränderung besonders

Digitized by Google

auf die Handteller. Sie tritt hier hauptsächlich in den mittleren Abschnitten auf (s. Abb. 2), findet sich jedoch auch vereinzelt auf den Daumenballen und über der Grundphalanx der Daumenbeugeseiten. Hier geht sie über in die oben geschilderten Veränderungen des Daumenrückens. Jenseits der Handteller trifft man diese periporale Hyperkeratose, als welche der Prozeß am besten zu bezeichnen ist, nur noch über den Fingergelenkbeugen, und zwar etwa 6—10 an Zahl, über den Grundgelenken 1—3, die übrigen sind frei. Über den Handtellern selbst beträgt ihre Zahl schätzungsweise etwa 200. Am übrigen Körper, insbesondere an den Fußsohlen, keinerlei Veränderungen.

Eine besondere Anordnung der Effloreszenzen läßt sich nicht erkennen; insbesondere zeigt sich keine Beziehung zur Nervenverteilung oder zu den Rückenmarkssegmenten.

Die histologische Untersuchung eines aus der rechten Handfläche gewonnenen Hautstückchens ergab den bekannten Befund: strenges Beschränktbleiben der Hyperkeratose auf die Schweißdrüsenausführungsgänge, in deren nächster Umgebung allmählich abfallend zur normalen Hornschicht, nach dem Schweißdrüsenporus hin hingegen steil abfallend, wie dies die Abbildung in Gans „Histologie der Hautkrankheiten", Bd. 1. S. 56 hinreichend kennzeichnend dartut. Die übrigen Hautschichten sind auch im vorliegenden Falle nicht wesentlich verändert gewesen, lediglich verschmälert entsprechend der Ausdehnung der Hornmassen in der unmittelbaren Umgebung des Schweißdrüsenostiums.

Morphologische Veränderungen an dem sezernierenden Epithel der Schweißdrüsenknäuel bzw. an den Ausführungsgängen ließen sich, soweit diese Gebilde in den Schnitten getroffen waren, nicht feststellen. Schmidt (l. c.) hat sich mit den einzelnen hierher gehörenden Formen auch histologisch auseinandergesetzt; es kann daher auf seine Arbeit verwiesen werden.

Herr Prof. Bettmann hatte die Freundlichkeit, die Kranke dermatoskopisch zu untersuchen. Es ließ sich sehr schön feststellen, daß die Veränderung jeweils um eine Schweißdrüsenmündung herumsitzt und — soweit verfolgbar — in den Ausführungsgang hineinreicht. Zugleich ließ sich beobachten, daß die befallene Drüse sezerniert, aber unverkennbar schwächer und in anderem Rhythmus als die unveränderten Schweißdrüsen der Umgebung. Diese Beobachtungen werden außerordentlich erleichtert durch die von Bettmann (Z. f. d. ges. Anat. u. Entw., 1926, 81, S. 262—267) empfohlene Anfärbung der Hautoberfläche.

Auf Grund dieses histologischen Befundes hat die Veränderung bereits verschiedene Namen erhalten, die als Keratoma, besser wohl Keratodermia periporalis von mir angegebene, als Porokeratosis vera bzw. vera non perstans von Hidaka bzw. Schmidt.

Fassen wir zusammen: Ein 15jähriges Mädchen erkrankt an einer Poliomyelitis, die in erster Linie die den oberen Extremitäten entsprechenden Rückenmarksabschnitte befallen hat. Nach Ablauf der akuten Erscheinungen und etwa 4 Monate nach Krankheitsbeginn findet sich als Überbleibsel der Erkrankung eine Atrophie der Mm. deltoideus und triceps beiderseits — rechts mehr wie links —, mit geringer Beugekontraktur der Fingergelenke und einer Atrophie der Interossei beider Hände. Im Verlauf der Erholung kommt es zu einer punktförmigen Keratose, die ebenfalls symmetrisch an beiden Händen, und zwar besonders auf den Handflächen auftritt.

Ein post hoc muß natürlich im vorliegenden Falle durchaus kein propter hoc bedeuten. Die Möglichkeit eines Zusammenhanges der Hyperkeratosen mit der Poliomyelitis scheint jedoch zu erörtern erlaubt; denn die Beschränkung der Atrophien und der Hautveränderungen auf die oberen Extremitäten weist auf eine gemeinsame Ursache hin. Eine besonders starke Lokalisation der poliomyelitischen Veränderungen in den Vorderhornsäulen des Halsmarkes wird durch die Atrophien der Muskeln an den oberen Extremitäten erwiesen; sie dürfte auch für die Verhornungsanomalien ursächlich in Frage kommen. Über das „Wie" sind vorläufig allerdings nur Vermutungen möglich.

Digitized by Google

Über Seifenfett

1. Teil

Aus dem Pharmakologischen Institut zu Gießen

Theoretische Untersuchung über Seifenfett

Von

J. Geppert, weiland Direktor des Pharmakologischen Institutes in Gießen

2. Teil

Aus der Hautklinik zu Gießen (Direktor: Prof. Dr. Jesionek)

Über klinischen Gebrauch des Seifenfettes

Von

Priv.-Doz. Dr. Walther Schultze, Oberarzt der Hautklinik

1. Teil

Fette sind von jeher sowohl im täglichen Leben wie in der Medizin zur Hautreinigung verwandt worden. Ihre Fähigkeit, Staub, Ruß, Schmieren usw. aufzunehmen, sowie ihre Reizlosigkeit erklären die Anwendung. Doch hatte sie ziemlich enge Grenzen, denn die reizlose Entfernung des Fettes bereitet, namentlich auf pathologisch veränderter Haut, erhebliche Schwierigkeiten. Bei Fortführung früherer Arbeiten über die Theorie der Reinigung[1]) machte ich nun Beobachtungen, welche eine leichte Entfernung des Fettes ohne stärkere mechanische Eingriffe, wie Bürsten usw., in Aussicht stellten, und da sie für die Beurteilung der ganzen Frage Bedeutung haben, gebe ich sie hier zunächst kurz wieder.

Streicht man Schweinefett in dünner Schicht auf Glasplatten und legt diese in Wasser oder in verdünnte Seifenlösung (am besten des ölsauren Natriums Merck), so dringen Wasser oder Seifenlösung in die Fettschicht ein, die dabei milchig wird. Zum Schluß löst sich das Fett in größeren und kleineren Partien von der Platte ab oder ist durch mäßiges Anspritzen leicht entfernbar. Der Vorgang ist so aufzufassen, daß die Flüssigkeiten, sobald sie das Fett durchdrungen haben, sich auf dem Glas ausbreiten und dort ablösend wirken (siehe die Versuche l. c.). Allerdings sind nun Durchdringung und Ablösung der Fettschicht hier langsam vor sich gehende Prozesse, und es entstand die Frage, ob man sie nicht (selbstverständlich ohne mechanische Beihilfe) beschleunigen könne, und ob Zusätze, die man zum Fett macht, die aber selbstverständlich die Haut nicht reizen dürften, verwendbar wären. Zum Schluß ergab sich, daß die Beimengung einer relativ mäßigen Menge trocknen reinen Seifenpulvers in der Tat eine solche Wirkung hat. Schon bei Zusatz von 5% eines solchen sieht man deutlichen Effekt, der sich bei 10% oder 20% Zusatz natürlich erheblich verstärkt. Überzieht man Glasplatten mit

[1]) J. Geppert, Die Wirkung unserer Reinigungsmittel. D. m. W., 1918, Nr. 52.

Digitized by Google

solchem „Seifenfett“ und legt sie in Wasser oder verdünnte Seifenlösung, so quillt das Fett überall gleichmäßig auf, und die Ablösung geht schnell vonstatten. Offenbar entsteht im Fett fortwährend neue Seifenlösung, die bei der Durchdringung des Fettes von neuem wirkt.

Ferner zeigten orientierende Versuche an menschlicher Haut, daß in der Tat solche Ablösungen reizlos vor sich gehen. Es war nun zunächst zu ermitteln, welche Fette oder Salbengrundlagen sich am besten für diesen Zweck eignen und welches Seifenpulver zu verwenden ist. Ich fasse das Ergebnis dieser längeren Untersuchungen kurz zusammen: Am besten ist ein Seifenfett, das auf 100 Teile Adeps benzoatus 10 Teile Seifenpulver, bereitet aus Seifenflocken „Lux“ (Sunlichtwerke), enthält. Die Darstellung geschieht in der in der Apotheke üblichen Weise[1]). Die Seifenflocken werden im Mörser fein zerrieben. Dann wird das Fett geschmolzen und das Seifenpulver hineinverrührt usw. Verfolgt man zunächst die Seifenstäubchen beim Einfallen ins Fett mikroskopisch, so sieht man, wie ein jedes unter Luftabgabe aufquillt, also vom Fett durchsetzt wird und nun eine weiche Masse bildet. Die Folge ist bei weiterer Verreibung der Seifenteilchen eine noch feinere Verteilung derselben, und ferner werden sie in diesem gequollenen Zustand beim Aufreiben die Haut auch mechanisch nicht reizen. Die Gründe für die Wahl obiger Ingredienzien sind kurz folgende: Adeps benzoatus zersetzt sich nicht und hat nicht den Geruch des Schweinefettes. Festere Fette, Rindertalg usw. empfehlen sich nicht, da sie sich auf der Haut schlechter verrühren; flüssige auch nicht, da das Seifenpulver in ihnen absinkt und vor dem Gebrauch eine etwas mühselige Mischung erforderlich ist. Wohl aber kann man noch Adeps benzoatus mit der Hälfte Rizinus versetzen, falls das erforderlich sein sollte. Man kann auch den Adeps benzoatus der früheren Pharmakopöe wählen, dessen Darstellung einfacher ist wie die der jetzigen (1% Benzoesäure in Adeps). Da er den bekannten leichten Fettgeruch hat, fügt man zweckmäßig etwas Vanillin hinzu. Andere Salbengrundlagen, wie Lanolin, Eucerin, Vaselin, sind durchgeprüft worden. Doch ergab sich, daß sie alle erheblich schwerer ablösbar sind wie Schweinefett. Doch trat auch bei ihnen der Einfluß einer Mengung mit Seife klar zutage. An der Hand ist das Eucerin mit Seife versucht worden, stand aber dem Adeps erheblich an Leichtigkeit der Ablösung nach. Dann ist besondere Sorgfalt auf Wahl der richtigen Seife zu legen. Sie muß zunächst hart (wasserarm) sein und darf ferner keine fremden Bestandteile enthalten wie die meisten käuflichen Seifenpulver. Ist die Seife nicht möglichst trocken, so wird mit ihr gewissermaßen eine konzentrierte Seifenlösung auf die Haut gerieben. Diesen Forderungen entsprach das Pulver, das aus den „Lux“-Flocken bereitet wurde. Die Flocken sind dünne, feine, sehr trockne Platten, die sich daher auch leicht pulverisieren lassen. Ich füge noch hinzu: läßt man einen Tropfen Wasser auf das so bereitete Seifenfett fallen, so dringt er sofort ein, und es kommt zur Seifenlösung. Ein solches Präparat ist dann für pathologische Haut unbrauchbar.

---

[1]) Das Präparat für die Klinik wurde zuerst im Pharmakolog. Institut, später in der klinischen Apotheke nach obiger Vorschrift hergestellt.

Digitized by Google

Bisher ging ich von der Annahme aus, daß die Seifenfettschicht in ein Wasser- oder Seifenbad gelegt und so ohne mechanische Hilfsmittel abgelöst würde. Gewöhnlich findet ja nun, z. B. auf der Hand, ein Verreiben mit Wasser und Seife statt. Es war nun zu untersuchen, ob eine solche Maßnahme, selbstverständlich ohne energische Eingriffe (Bürsten usw.), ausreichen würde. Der Versuch ist einfach, man reibt mit Ruß die Hände ein und massiert dann die trockne Hand mit Seifenfett nach. Der Ruß geht in das Seifenfett über, und zum Schluß wäscht man wie auch sonst die Hand mit Wasser und Seife (ohne Bürsten) ab. Man kann eine solche Reinigung auch mehrmals wiederholen, ohne daß die Hand angegriffen wird. Ich habe dann das Seifenfett an Maschinenarbeiter, Autofahrer usw. gegeben, stets mit gutem Erfolg. Es fiel bei diesen Versuchen allgemein auf, daß die Haut außerordentlich weich und glatt wurde und gegen Sonnenbrand wie auch gegen Kälte widerstandsfähig war. Offenbar haftet die letzte Fettschicht besonders stark an der Haut an, so daß sie bei der milden Ablösungsmethode nicht abgerissen wird. (Ähnliches Haften der letzten feinen Schicht findet man auch bei rein physikalischer Adsorption.) Kurz erwähnt sei noch, daß wir in einer Anzahl von Fällen das Seifenfett mit gutem Erfolg auch zum Rasieren verwandten, etwa wie sonst Creme. Im klinischen Teil wird weiter darüber berichtet.

Ich fasse kurz zusammen: Seifenfett ist Fett, das mit einer mäßigen Menge möglichst trocknen, reinen Seifenpulvers versetzt ist. Es wird für die Reinigung auf die trockne Haut verrieben. Das reinigende Prinzip ist das Fett. Ist die Reinigung beendet, so löst sich das Seifenfett leicht mit Wasser und Seife ab. Auf der Haut bleibt ein feiner Fettüberzug bestehen.

2. Teil

An der Univ.-Hautklinik Gießen werden seit 2 Jahren Versuche mit Seifenfetten nach Geh.-Rat GEPPERT, die nach obigen Angaben hergestellt sind, gemacht.

Die Anwendung von Seifenfett zur einfachen Reinigung z. B. beim Händewaschen geschieht folgendermaßen: Auf die trockne Haut wird das Seifenfett einmassiert, so daß es über die ganze zu behandelnde Fläche fein verteilt ist und einen gleichmäßigen Fettüberzug bildet. Dann wird diese Hautstelle in einer dünnen Seifenlösung gebadet oder mit einem guten Stück Seife in kaltem oder warmem Wasser wie üblich gewaschen und abgetrocknet. Nach einer solchen Behandlung bleibt das Wasser in feinen Tropfen hängen, ein Zeichen, daß die Haut gut gefettet bleibt trotz Anwendung der Seife. Die Haut ist auch nach häufigem Waschen glatt, glänzend und geschmeidig und zeigt keine Rhagadenbildung. Selbst bei dem häufigen Waschen des Arztes, 30—40mal am Tage, ist bei Anwendung des Seifenfettes kein Nachfetten nötig, die Haut bleibt immer glatt, zeigt natürlichen Fettgehalt und wird nicht rissig, ganz im Gegensatz zu dem häufigen Waschen mit sogenannten desinfizierenden Seifen, wo durch Zusatz von meist eiweißfällenden Mitteln die Haut sehr stark beansprucht wird, so daß sie rissig werden muß und auch zu Ekzemen neigt. Bei vielen Operateuren, wo zur Händedesinfektion durch energisches Bürsten in zu stark konzentrierten Seifenlösungen und durch die

Digitized by Google

Anwendung von Alkohol die Haut stark entfettet und mechanisch gereizt wird, ist ein Trocken-, Spröde-, Rissig- und Rauhwerden der Hände unvermeidbar. Es werden den Bakterien geradezu ideale Schlupfwinkel und Eintrittspforten geschaffen. Durch das geschädigte Epithel wird einer Selbstinfektion Tür und Tor geöffnet. Wird bei Handwaschungen Seifenfett benutzt, so werden diese Nachteile vermieden, die Haut bleibt glatt und geschmeidig, Bakterien können sich kaum auf der intakten Epidermis ansiedeln und können leicht von solchen glatten Oberflächen abgeschwemmt werden. Die Anwendung von Seifenfett dürfte daher bei Operateuren am meisten in Frage kommen. Soll aseptisch gearbeitet werden, so wird nach einer Waschung unter Anwendung von Seifenfett zur Erreichung einer wirklich keimfreien Hand ein steriler Gummihandschuh angezogen. Dabei bleibt die Haut selbst geschont, denn sie behält ihren physiologischen Fettgehalt, und schädigende Reize kommen in Wegfall.

Das Seifenfett dient außer zur besseren Reinigung der normalen Haut zunächst zur Entfernung von sekundären Auflagerungen infolge von pathologischen Veränderungen der Haut. Hier kann das Seifenfett Ersatz bieten für auflockernde Öle oder Salben, denen zur besseren Wirksamkeit Salizyl oder Resorzin zugesetzt wird. Insonderheit ist das Seifenfett gut anwendbar zur Entfernung von Auflagerungen, wo sonst keine Seife vertragen wird. Man geht in diesen Fällen so vor, daß die zu reinigende trockne Körperstelle gründlichst mit Seifenfett einmassiert wird. Unter eventuellem Nachmassieren wartet man dann 10 bis höchstens 15 Minuten, bis eine genügende Bindung von Seifenfett mit den zu entfernenden Massen eingetreten ist. Dabei wird ein großer Teil der Auflagerungen erweicht, aufgelockert und kann mit der nachfolgenden regulären Waschung oder im Seifenbad meist mühelos abgewaschen werden. Es verbleibt aber danach der Haut doch noch ein genügender Überzug von Fett, so daß sich eine Fettlosigkeit und Trockenheit nicht einstellt. Sollte bei sehr starken Auflagerungen die erste Reinigung nicht genügen, so kann das Seifenfett auf die wieder getrocknete Haut wiederholt einmassiert und abgewaschen werden.

Ferner ist das Seifenfett noch gut anwendbar zur Entfernung von Salben oder Pastenresten und anderen Auflagerungen, die durch therapeutische Maßnahmen bedingt sind. Es genügt dabei wiederum ein ein- bis zweimaliges Einmassieren, wobei sich schon während der Massage die Auflagerungen erweichen und beim Abwaschen in Membranen sich ablösen. Bei ihren näheren Untersuchung zeigt es sich, daß diese aus Epithelien, Pasten- bzw. Salbenresten vermischt mit Seifenkügelchen bestehen. Beim Seifenbad nach Behandlung mit Seifenfett sieht man an den Wänden der Badewanne einen membranartigen Niederschlag, der aus Fett, Seife und Schmutz besteht. Diese Auflagerungen an der Wanne lassen sich leicht mit Vim oder Neradol[1]) oder auch mit einer dünnen Seifenlösung entfernen. Es besteht ein wesentlicher Unterschied in der Wirkung nach einem Bad allein mit Seife oder nach einem Bad, bei dem eine Massage mit Seifenfett vorausgegangen ist. Der Reinigungs-

[1]) J. Geppert, Neradol als Reinigungsmittel. Zschr. f. angew. Chem., Jahrg. 30, Nr. 25. Hergestellt in der badischen Anilin- und Sodafabrik.

Digitized by Google

effekt im Seifenbad nach Seifenfettbehandlung ist viel größer, ohne daß dabei aber die Haut wie bei einem gewöhnlichen Seifenbad stärker entfettet wird.

Die Wahl der Seife für das Bad spielt dabei keine allzu große Rolle, überfettete Lanolinseife oder einfache Kaliseife sind im Effekt gleich, so daß man sich auch zu billigeren weichen Kaliseifen entschließen kann. Auf ein Vollbad würden etwa 250—500 g Schmierseife, gut aufgelöst, zu rechnen sein. In besonderen Fällen, wo ein stärkerer Reinigungseffekt, z. B. bei Entfernung von Teer erreicht werden muß, ist die Anwendung eines Seifenöles (Rizinusöl mit Seifenfett) angebracht, wie in dem ersten Teil angegeben. Bei pathologischen Zuständen der Haut ist das Seifenfett direkt als therapeutische Maßnahme zu empfehlen, insonderheit bei Handekzemen, wo man im allgemeinen vorsichtig mit der Anwendung von Seife ist. Die Patienten können sich ohne weiteres mit Seifenfett reinigen, die Haut verliert ihre Trockenheit und Sprödigkeit, so daß bei gewissen Fällen unter Anwendung von Seifenfett das Handekzem abheilt. Ein Waschverbot mit Wasser und Seife, das für Patienten mit Sinn für Reinlichkeit eine Qual ist, wird durch die Anwendung von Seifenfett in subakuten Fällen hinfällig, weshalb auch Oelze[1]) die Mayonnaisenwaschung angegeben hat. Bei akuten und nässenden Ekzemen, wo überhaupt die Anwendung von Seife unangebracht ist, benutzen wir auch kein Seifenfett. Besonders gut sprechen auf Seifenfett die Handekzeme an, die durch Gewerbeschädigung entstehen, so das Handekzem der Hausfrau, das mit Rhagadenbildung, Hyperkeratose und Trockenheit der Hohlhände einhergeht. Ferner eignen sich zur Behandlung mit Seifenfett die Ekzeme im Gesicht und am Mund. Es gehören hierher auch die Ekzeme, die durch das Rasieren bedingt sind. Hier ist das Seifenfett sehr am Platze, wie es überhaupt zum Rasieren sich gut eignet. Man geht dabei so vor, daß man die trockne Haut vor dem Rasieren mit Seifenfett einmassiert und dann eine Lösung irgend einer guten Seife auf die Haut reibt. Das Einreiben geht ohne Schaumbildung vor sich, mit Bildung einer Art Schmiere, unter der sich die Haare gut erweichen, so daß sie mit einer scharfen Klinge ohne weiteres entfernt werden können. Ein Einfetten nach dem Rasieren ist nicht mehr erforderlich, durch das Seifenfett behält die Haut ihren natürlichen Fettgehalt und wird vor Austrocknen geschützt. Die Anwendung der unzweckmäßigen Laugensteine erübrigt sich vollkommen. Das Trockenwerden der Haut, wie es sich im Winter oder z. B. im Frühjahr im Hochgebirge einstellt, wird bei der Anwendung von Seifenfett vermindert, man bekommt nicht die ausgesprochen rissige Haut, auch wenn starke Strahlung dazukommt. Dabei wirkt der Fettgehalt der Haut als leichter Lichtschutz. Die Erhaltung des natürlichen Fettgehaltes und Herbeiführung eines physiologischen Zustandes, das Jesionek[2]) immer wieder besonders betont, spielt bei Luft- und Sonnenbädern und bei Bestrahlungen mit künstlichen Lichtquellen eine große Rolle. Gar zu oft tritt dabei und im Anschluß an starke Belichtungen mit der Queck-

[1]) Oelze-Rheinboldt, Mayonnaisenwaschung bei Hautkrankheiten. Derm. W., 1926. — [2]) Jesionek, Die wissenschaftlichen Grundlagen der Hautpflege. Klin. Bücherei, Heft 23, Leipzig 1924. Jesionek, Über das Waschen der Haut. Nachrichtenblatt des hess. roten Kreuzes, Darmstadt 1929.

Digitized by Google

silberdampflampe eine Trockenheit und feine Abschuppung der Haut ein, zumal wenn vor den Belichtungen ein Abwaschen mit Seife stattgefunden hat. Der hier beobachtete gekräuselte Zustand der Haut läßt sich bei Anwendung von Seifenfett sehr wohl vermeiden, auch werden die Lichtreaktionen gleichmäßiger, und es kommt nicht zu den fleckförmigen Reaktionen, wodurch man häufig gezwungen ist, die Behandlung abzubrechen, bis die Haut sich wieder gleichmäßig regeneriert hat. Im allgemeinen genügt es, das Seifenfett kurz auf die Haut einwirken zu lassen, bei längerer Einwirkung als 15 Minuten könnte es unter Umständen bei sehr empfindlichen Personen zu Reizungen kommen.

Zusammengefaßt kann gesagt werden, daß die Anwendung von Seifenfett eine schonende Reinigung der Haut ermöglicht unter Wahrung ihres notwendigen Fettgehaltes und ihrer physiologischen Beschaffenheit.

Aus der Universitäts-Hautklinik Gießen (Direktor: Prof. Dr. Jesionek)

Hautfunktion und hypertonische Kochsalzlösung

Von

Priv.-Doz. Dr. W. Engelhardt

Die auffallend günstigen Heilerfolge, die an unserer Lupusheilstätte nach Einführung der salzarmen Kost in Verbindung mit den äußeren Maßnahmen einer rationell durchgeführten Hautpflege erzielt werden konnten, lassen es berechtigt erscheinen, alle Beobachtungen, die geeignet sind, zur Aufklärung des Wirkungsmechanismus der verabreichten Kostform beizutragen, niederzulegen. Auf Grund in der Gießener Lupusheilstätte durchgeführter Untersuchungen kann mit Bestimmtheit das Mineralogen als ausschlaggebender Faktor abgelehnt werden, da die gleichen Heilerfolge auch nach Weglassen dieses Salzgemisches zur Beobachtung kamen. Der Gersonsche Erklärungsversuch geht damit seiner Hauptstütze verlustig. Dagegen spricht heute nichts gegen die Auffassung v. Bergmanns, der den großen Lebertranmengen und dem großen Vitaminreichtum der verabfolgten Nahrung eine Hauptwirkung zuschreibt; vieles spricht sogar dafür! v. Bergmann erkennt dem Kochsalzentzug eine ausschlaggebende Wirkung nicht zu, während in einem im Auftrag Jesioneks gehaltenen Vortrag vor der „Deutschen Dermatologischen Gesellschaft" in Königsberg[1]) klar und deutlich zum Ausdruck gebracht wird, daß gerade in der Einschränkung des Kochsalzes ein hochwirksamer Faktor gesehen werden muß. Der Kochsalzentzug an und für sich ist dagegen nicht das ausschlaggebende heilende Prinzip. Für die eigentliche Heilwirkung sind die verschiedenartigsten Reize der Umwelt verantwortlich zu machen, die nun auf Hautzellen treffen, die durch Verminderung ihres Gehaltes an Na oder Cl oder an beidem befähigter geworden sind, in Betätigung ihres Eigenlebens Stoffwechselprodukte tuberkulin-

[1]) Zbl. f. Haut- u. Geschlechtskrkh., Bd. 31, H. 7/8.

Digitized by Google

affiner Beschaffenheit und tuberkulolytischer Wirksamkeit ins Innere des Körpers abzugeben (JESIONEK[1]).

Es besteht nun die Wahrscheinlichkeit, daß die schädigende Wirkung des Kochsalzes oder seiner Ionen nicht nur allein auf die Minderung der antituberkulösen Funktion der Hautparenchymzellen beschränkt ist. Infolgedessen schien es uns wissenswert, ob Änderungen der Salzzufuhr im Sinne eines Mehr oder Weniger auf die Reaktionsfähigkeit der Haut auch auf andere Reize irgend einen nachweisbaren Einfluß erkennen ließen.

In der Hautklinik standen uns kochsalzlos ernährte Kranke in ausreichender Menge nicht zur Verfügung. Wir suchten daher darüber Aufschluß zu erhalten, ob die Haut von Kranken, denen ein Plus von Kochsalz i. v. zugeführt wird, auf äußere Reize verschiedener Art mit einer Reaktionsänderung antwortet, bzw. ob eine Änderung der Qualität oder Quantität der Hautfunktion nach außenhin zur Beobachtung kommt.

Gelegentlich eines Versuches, Psoriasiskranke mit i. v. gegebenen Kochsalzlösungen zur Heilung zu bringen, konnten wir drei für unsere Fragestellung außerordentlich wichtige Beobachtungen machen. Wir sahen nämlich immer wieder, daß nach intravenöser Verabreichung von 30 bis 50 ccm 10%iger Kochsalzlösung — je nach Fall nach 3—10 Tagen bei täglich gegebener Injektion — die Quantität der Schuppung in sehr starkem Maße zurückging und die Einzelefloreszenzen wesentlich blasser wurden. Die Symptome deuteten wir anfangs im Sinne einer Einleitung von Heilvorgängen! Unter Berücksichtigung der Gedankengänge JESIONEKS liegt nunmehr der Gedanke näher, im Rückgang der Schuppung und der Entzündungserscheinungen den Ausdruck einer durch die vermehrte Kochsalzzufuhr bedingten Schädigung der Funktion der Hautparenchymzelle zu erblicken. Dabei muß bedacht werden, daß es sich bei der Psoriasis nicht nur um eine Hyperfunktion, sondern gleichzeitig auch um eine Dysfunktion im Verhornungsprozeß handelt. Wir beeinflussen durch die Kochsalzzufuhr die Akanthose, die auf die gesteigerte Vitalität der Epithelzelle hinweist (Hyperfunktion), und beobachten infolgedessen den Rückgang der Quantität der Schuppenbildung, ohne die Qualität — die Dysfunktion — regeln zu können.

Im Hinblick auf die Beeinflussung der p_H der Haut im Sinne HERRMANNSDORFERS durch saure Kost schien uns die zweite Beobachtung wichtig. Ein nach der sauren Seite hin verschobenes Säurebasengleichgewicht soll der Haut einen erhöhten Schutz gegen Bakterien aller Art geben. Eiterungen waren unseren Psoriasiskranken meist fremd, wie ja die Haut des Psoriatikers trotz verschiedener gegenteiliger Beobachtungen im allgemeinen keine Neigung zu Pyodermien aufweist. Diese Tatsache findet eine Erklärungsmöglichkeit in der von GANS an der Haut von Psoriasiskranken experimentell erwiesenen Verschiebung des Säurebasengleichgewichts nach der sauren Seite hin, die den Boden für eitrige Prozesse ungeeignet macht. Die Verschiebung nach der sauren Seite scheint dagegen zum Entstehen der psoriatischen Reaktion Vorbedingung zu sein. Nun beobachteten wir am 4.—6. Tage nach der NaCl-Verabreichung in mehr oder weniger starkem Maße, aber in fast 100% der

[1]) M. m. W., 1929, Nr. 21.

Digitized by Google

24 Fälle, Eiterungen in Form kleiner Pustelchen oder an die Follikel gebundener kleiner Eiterherdchen. Das Auftreten von Eiterungen könnte für eine Verschiebung der Haut-p_H nach der alkalischen Seite hin sprechen. Da die Beeinflussung der p_H durch Änderung des NaCl-Spiegels in der Literatur jedoch verschieden beantwortet wird, dürften vorerst weitere Schlußfolgerungen müßig sein. Auch in gemeinsam mit Boehm vorgenommenen Versuchsreihen haben wir bis jetzt einwandfreie Ergebnisse, die eine antagonistische Wirkung von Säure oder sauren Salzen und dem neutralen Kochsalz als sicher erscheinen lassen, nicht erhalten können. Aus den angeführten Beobachtungen ist für unsere Fragestellung von Wichtigkeit, daß es gelingt, durch NaCl-Injektionen die Widerstandsfähigkeit der Hautdecke gegen bakterielle Reize in größerem Umfange aufzuheben. Für diese Tatsache ist das im Übermaß zugeführte Kochsalz verantwortlich zu machen; sei es nun, daß der „Säuremantel" (Marchionini[1])) der Haut vermindert, sei es, daß die antibakterielle Funktion der Hautparenchymzelle geschädigt wird.

Als dritte und wichtigste Beobachtung konnten wir feststellen, daß durch die Verabreichung hypertonischer NaCl-Lösungen (meist intravenös, in 2 Fällen auch i. m.) bei Fällen, die auf jede, auch indifferente Salbe, mit Entzündungen reagierten, die Salbenverträglichkeit so erhöht wurde, daß auch differente Salbenzusätze anstandslos vertragen wurden. Diese Herabsetzung der Reizempfindlichkeit der Hautzelle wurde auch durch Versuche, die Salbenempfindlichkeit bei anderen Hautkrankheiten zu beseitigen, immer wieder bestätigt. Auch die Herabsetzung der Reizempfindlichkeit glauben wir mit größter Wahrscheinlichkeit mit dem verabreichten NaCl in Zusammenhang bringen zu können, um so mehr als von anderer Seite (Gerson[2])) bei NaCl-arm ernährten Menschen eine starke Erhöhung der Empfindlichkeit gegen Reize der verschiedensten Art (äußerlich und innerlich verabfolgte Mittel, Quecksilbersalben, Licht usw.) festgestellt worden ist. Näheres über diesen überaus wichtigen Befund wird in der Gersonschen Arbeit leider nicht gebracht.

Die drei angeführten Beobachtungen lassen sich zwanglos erklären durch die Annahme einer die Reizempfänglichkeit und Reizempfindlichkeit der Hautzelle schädigenden Noxe — des im Übermaß zugeführten Kochsalzes! Mit einer herabgesetzten Ansprechbarkeit der Zelle auf die verschiedenen Reize geht eine herabgesetzte funktionelle Leistung Hand in Hand: herabgesetzte Fähigkeit Schuppen zu bilden, herabgesetzte Fähigkeit mit Entzündung zu antworten, herabgesetzte Fähigkeit auf der Haut befindliche Bakterien unschädlich zu machen. Die Beobachtungen können als Stütze der Auffassung Jesioneks von der die Funktion der Hautparenchymzelle schädigenden Wirkung des Kochsalzes angeführt werden.

---

[1]) Arch. f. Derm., Bd. 158, Nr. 1. — [2]) Med. Welt, 1929, 37.

Digitized by Google

Aus der Universitäts-Hautklinik in Gießen (Direktor: Prof. Dr. A. Jesionek)

Die Chemotherapie der Gonorrhoe mit Acridinfarbstoffen

Von

Priv.-Doz. Dr. W. Engelhardt und Dr. O. Dahlem

Die sich widersprechenden Urteile über den Wert der Acridinfarbstofftherapie gaben den Anlaß zur Prüfung der therapeutischen Wirkungen des Gonoflavins in größeren Versuchsreihen (Engelhardt). Auf Grund der vor Jahresfrist in dieser Zeitschrift veröffentlichten Versuchsergebnisse wurde die alleinige intravenöse Therapie mit Acridinfarbstoffen (Gonoflavin) abgelehnt. Eine Beeinflussung der Gonokokken im Sinne einer Entwicklungshemmung und eine, wenn auch nicht ganz zuverlässige Abtötung nach längerer Einwirkung wurde für wahrscheinlich gehalten. Auch in der Schleimhaut selbst und in deren bindegewebigem Anteil schien eine „Beeinflussung von innen heraus" im Sinne einer Nährbodenverschlechterung und geringen desinfizierenden Wirkung möglich zu sein. Es wurde damals dem Gedanken Ausdruck gegeben, daß die intravenöse Gonovflavinbehandlung in Verbindung mit geeigneten lokalen Maßnahmen eine wesentliche Verbesserung der Gonorrhoebehandlung darstellen könnte.

Um über die damals auf Grund des Heilungsverlaufes angenommene Desinfektionswirkung des die Harnwege passierenden Farbstoffes Aufklärung zu erhalten, wurden von je 15 verschieden behandelten, bzw. unbehandelten Kranken mit akuten Gonorrhoen Versuche zum Zwecke der Gonokokkenzüchtung angestellt. Zur Kultur werden von jedem Fall an 5 aufeinanderfolgenden Tagen je 2, im ganzen 10 Aszitesplatten angelegt. Untersucht wurde das eitrige Urethralsekret von:

a) 15 unbehandelten Go.-Kranken;
b) 15 mit Gonoflavin i. v. behandelten Go.-Kranken;
c) 15 mit Pyridium per os behandelten Go.-Kranken.

ad a) Bei der an 5 aufeinanderfolgenden Tagen vorgenommenen Aussaat des Urethraleiters auf Aszitesplatten konnte in 90% ein positives Ergebnis erzielt werden; Mischflora reichlich gewachsen.

ad b) Die Kranken erhielten ohne jedwede Lokaltherapie im Laufe von 25 Tagen 72.5 ccm Gonoflavin intravenös. Die anschließend an 5 Tagen vorgenommenen Eiteraussaaten von 15 im Ausstrichpräparat von positiven Fällen ergaben nur in 40% ein positives Ergebnis. Mischflora war gegen Versuch a) nicht einwandfrei beeinflußt.

ad c) Der Versuch mit Pyridium wurde auf Grund günstig lautender amerikanischer Berichte angestellt. Neben der Annehmlichkeit oraler Verabreichung zeigt dieser Farbstoff keinerlei unangenehme Nebenwirkungen. Versuchsanordnung wie unter a) und b). Verabreicht wurden an 10 aufeinanderfolgenden Tagen je 3×2 Tabletten Pyridium à 0,1 g, also 6,0 g. Gonokokkenkulturen konnten wir in 66%, wenn auch etwas im Wachstum gehemmt, erhalten. Mischflora unbeeinflußt.

Auch unter Berücksichtigung der Tatsache, daß der Prozentsatz züchtbarer Gonokokkenkulturen mit dem längeren Bestehen der Gonorrhoe an und für sich etwas niedriger wird, muß aus den Versuchsergebnissen auf eine geringe, aber deutlich vorhandene Schädigung der Gonokokken geschlossen werden, die das Wachstum auf künstlichem Nährboden erschwert bzw. verhindert. Eine einwandfreie Beeinflussung der übrigen Bakterien der Harnröhre konnte dagegen nicht mit Sicherheit festgestellt werden. Diese Versuchsergebnisse stimmen mit den klinischen Erfah-

Digitized by Google

rungen überein und ließen an die Möglichkeit denken, durch Kombination der intravenösen Acridinfarbstofftherapie mit einer geeigneten Lokalbehandlung wesentlich bessere Wirkungen erzielen zu können. Der Wert einer Chemotherapie nur mit Acridinfarbstoffen ohne Silbersalze konnte nicht ohne weiteres verneint werden und schien unter Würdigung der im Schrifttum angegebenen günstigen Wirkungen auch aussichtsreich. Es wurde deshalb die Kombination der intravenösen mit der lokalen Acridinfarbstoffbehandlung versucht. Für die intravenöse Behandlung behielten wir wegen der besseren Vergleichsmöglichkeit das uns in seiner Wirksamkeit genau bekannte Gonoflavin bei. Zur lokalen Behandlung verwandten wir ein in Wasser leichtlösliches Rivanol (R. D. 2 und später Rivanolgranulat der I. G. Farbenindustrie). Wir behandelten mit dieser Kombinationstherapie, die von verschiedenen Seiten (s. S. 263 der „Therapeutischen Berichte", 1928, H. 7) als die zur Zeit beste Gonorrhoetherapie bezeichnet wurde, insgesamt 80 Fälle. Es handelte sich um folgende Erscheinungsformen der Gonorrhoe:

18 Fälle von Gonorrhoea acuta anterior,
38 „ „ „ „ „ et posterior ohne Komplikationen,
20 „ „ „ „ „ „ „ mit „
4 „ „ „ chron. „ „ „ „ „

Das Gonoflavin injizierten wir die ersten 5 Tage täglich und dann jeden 2. Tag. Am 1. Tag applizierten wir nur 2,5 ccm einer 2 %igen Gonoflavinlösung, dann immer 5 ccm intravenös, also nach dem Schema, das auch bei der reinen Gonoflavintherapie Anwendung fand. In 10 Fällen gaben wir 12 und in 67 Fällen 15 Injektionen. In 3 Fällen mußten wir von dem Schema abweichen, da die betreffenden Patienten entweder aus irgend einem Grunde früher entlassen oder verlegt werden mußten. So gaben wir in 1 Falle 13 und in 2 anderen Fällen 14 Injektionen.

Zur lokalen Behandlung benutzten wir das Rivanol in Verdünnungen von 1 : 10000, 1 : 8000 und 1 : 5000. Die verhältnismäßig starke Verdünnung wurde notwendig durch die Beobachtung, daß bei gleichzeitiger intravenöser Gonoflavinbehandlung stärkere Lösungen wie 1 : 3000 sehr stark reizten, Verdünnungen von 1 : 1000 wegen des starken Brennens überhaupt nicht vertragen wurden. Ohne Gonoflavindarreichung wurden Rivanollösungen von 1 : 3000 und 1 : 1000 ohne wesentliche Beschwerden vertragen. Diese Tatsache erklärt sich aus der Summation der Reizwirkungen des ausgeschiedenen Gonoflavins und des lokal applizierten Rivanols auf die Schleimhäute. Wir begannen immer mit einer Lösung von 1 : 10000 oder in selteneren Fällen mit 1 : 20000 und ließen damit je nach Akuität des Falles am ersten Tag ein oder gleich mehrmals (bis zu 6mal) die Harnröhre mit der Neisserspritze ausspritzen. Wurden die Injektionen gut vertragen, was meist der Fall war, so gingen wir weiter so vor, daß morgens und abends an Stelle von 2 Neisserinjektionen je nach Sitz der Erkrankung 2 Janetspülungen der vorderen oder hinteren Harnröhre mit Rivanollösung 1 : 10000 verabfolgt wurden. In dieser Art ließen wir etwa 2—3 Wochen lokal behandeln und gingen dann zur Lokalbehandlung mit Lösungen von 1 : 8000 über, um nach ungefähr der gleichen Zeit mit solchen von 1 : 5000 fortzufahren. Dabei konnte es

Digitized by Google

vorkommen, daß bei steigender Gonoflavinausscheidung die Empfindlichkeit der Urethral- und Blasenschleimhäute so stieg, daß wieder ein Zurückgehen auf stärkere Verdünnungen — bis 1 : 20000 — notwendig wurde. Zur besseren Vergleichsmöglichkeit mit der Wirkung der reinen Gonoflavintherapie wurde die kombinierte Gonoflavin-Rivanoltherapie vor allem im Hinblick auf folgende 8 Punkte geprüft:

1. Einfluß auf die Sekretion und die Klärung des Urins.
2. Verschwinden der Gonokokken.
3. Verschwinden der Gonorrhoea posterior.
4. Behandlungsdauer.
5. Beeinflussung der subjektiven Beschwerden.
6. Verhütung von Komplikationen.
7. Nebenwirkungen.
8. Art der Wirkung der Präparate.

Unter diesen Gesichtspunkten soll die Wirkung der kombinierten Therapie auf die einzelnen Fälle im folgenden betrachtet werden!

Einfluß auf die Sekretion

Bei der alleinigen Anwendung des Gonoflavins gelingt es in der Mehrzahl der Fälle nicht, innerhalb der ersten 30 Tage die Sekretion zum Schwinden zu bringen. Es war zu prüfen, ob diesem Übelstand durch gleichzeitige Lokalbehandlung mit Rivanollösungen abgeholfen werden konnte.

Zur Beurteilung des Einflusses der kombinierten Behandlung auf die Sekretion von Eiter und Schleim und damit gleichzeitig auf die Klärung der Urinportionen können sämtliche Fälle herangezogen werden.

1. Gonorrhoea acut. ant. (zur Beurteilung 18 Fälle).

Das Sekret wird schleimig zwischen:

1.	und	10.	Tag	in	1	Fall,	es verschwindet	in	0	Fällen
11.	„	20.	„	„	3	Fällen,	„ „	„	0	„
21.	„	30.	„	„	4	„ ,	„ „	„	5	„
31.	„	40.	„	„	2	„ ,	„ „	„	2	„
41.	„	50.	„	„	2	„ ,	„ „	„	3	„
51.	„	60.	„	„	1	Fall,	„ „	„	1	Fall
61.	„	70.	„	„	1	„ ,	„ „	„	2	Fällen
Nach dem		70.	„	„	1	„ ,	„ „	„	2	„

Drei in vorstehender Tabelle nicht aufgeführte Fälle wiesen noch nach der 7. Behandlungswoche eitriges Sekret und Urintrübungen auf.

2. Gonorrhoea acut. ant. et post. ohne Komplikationen (zur Beurteilung 38 Fälle).

Das Sekret wird schleimig zwischen:

1.	und	10.	Tag	in	10	Fällen	und verschwindet	in	4	Fällen
11.	„	20.	„	„	4	„	„ „	„	4	„
21.	„	30.	„	„	4	„	„ „	„	4	„
31.	„	40.	„	„	10	„	„ „	„	9	„
41.	„	50.	„	„	5	„	„ „	„	7	„
51.	„	60.	„	„	3	„	„ „	„	2	„
61.	„	70.	„	„	1	Fall	„ „	„	2	„
Nach dem		70.	„	„	1	„	„ „	„	3	„

Digitized by Google

Von den 38 behandelten Fällen konnten 3 nur bedingt zur Beurteilung herangezogen werden. Bei einem Fall bestand bei der Entlassung noch etwas schleimiges Sekret. Zwei sind noch mit schleimigem Ausfluß am 46. bzw. 61. Behandlungstag in der Klinik.

3. Gonorrhoea acut. ant. et post. mit Komplikationen (zur Beurteilung 20 Fälle):

Das Sekret wird schleimig zwischen:

1.	und	10.	Tag	in	3	Fällen	und	verschwindet	in	2	Fällen
11.	„	20.	„	„	0	„	„	„	„	0	„
21.	„	30.	„	„	6	„	„	„	„	1	Fall
31.	„	40.	„	„	5	„	„	„	„	4	Fällen
41.	„	50.	„	„	4	„	„	„	„	7	„
51.	„	60.	„	„	1	Fall	„	„	„	2	„
61.	„	70.	„	„	1	„	„	„	„	3	„
Nach dem		70.	„	„	0	Fällen	„	„	„	1	„

Ebensowenig wie mit der alleinigen Gonoflavinbehandlung gelingt es also mit der kombinierten Therapie die Sekretion innerhalb der ersten 30 Tage zum Schwinden zu bringen. Während der eitrige Ausfluß in dieser Zeitspanne nur bei 35 Fällen schleimig wird, kommt es zum völligen Schwinden des Sekretes nur in 20 Fällen, d. h. in etwa 44 bzw. 25 %. Das Schwinden des Ausflusses geht in vielen Fällen sogar langsamer vonstatten, als bei reiner Gonoflavinbehandlung. Wir erklären uns das durch die Summierung der reizenden Wirkung des Gonoflavins und Rivanols auf die Urethralschleimhäute.

Aus unseren Ergebnissen ist zu schließen, daß das Rivanol durch seine Reizwirkung als Lokaltherapeutikum bei intravenöser Gonoflavinbehandlung ungeeignet ist, da es den Vorteil seiner desinfizierenden Wirkung durch diesen Nachteil wieder aufhebt.

Verschwinden der Gonokokken

Die Zahl der zur Beantwortung dieser Fragen zur Verfügung stehenden Kranken beläuft sich auf:

1. Gonorrhoea acuta ant. 18 Fälle.

Hierbei verschwanden die Gonokokken zwischen:

1.	und	10.	Tag	in	3	Fällen	(hiervon	1	rezidivierend)		
11.	„	20.	„	„	10	„	(„	7	„	)	
21.	„	30.	„	„	3	„	(„	1	„	)	
31.	„	40.	„	„	1	Fall	(„	0	„	)	
Nach dem		40.	„	„	1	„					

2. Gonorrhoea acuta ant. et post. ohne Komplikationen 38 Fälle.

Es verschwanden die Gonokokken zwischen:

1.	und	10.	Tag	in	12	Fällen	(hiervon	3	rezidivierend)	
11.	„	20.	„	„	9	„	(„	1	„	)
21.	„	30.	„	„	5	„	(„	2	„	)
31.	„	40.	„	„	4	„	(„	0	„	)
41.	„	50.	„	„	5	„	(„	0	„	)
51.	„	60.	„	„	3	„	(„	0	„	)

Digitized by Google

3. Gonorrhoea acuta ant. et post. mit Komplikationen 20 Fälle. Es verschwanden die Gonokokken zwischen:

1.	und	10.	Tag	in	4	Fällen,	vorbehandelt 4,	rezidivierend	1
11.	„	20.	„	„	5	„	„ 4,	„	1
21.	„	30.	„	„	4	„	„ 3,	„	3
31.	„	40.	„	„	3	„	„ 1,	„	0
41.	„	50.	„	„	2	„	„ 1,	„	0
51.	„	60.	„	„	1	Fall,	„ 0,	„	0
61.	„	70.	„	„	1	„	„ 0,	„	0

Es gelingt also, die Gonokokken bei der akuten Anteriorgonorrhoe innerhalb von 30 Tagen in fast 90% zum Schwinden zu bringen. Das Verschwinden ist jedoch in einem hohen Prozentsatz nur vorübergehend, da von 16 Fällen 9 nach Reizung mit Lugollösung rezidivieren. Durch diese Rezidive erklärt sich die außerordentliche Verlängerung der Behandlungsdauer.

Bei der akuten Gonorrhoe der vorderen und der hinteren Harnröhre ohne Komplikationen liegen die Verhältnisse ähnlich. Von 38 Fällen sind die Gonokokken nach 30 Tagen in 26 nicht mehr nachweisbar; davon rezidivieren 6 Fälle. Bestehen bei der akuten Gonorrhoe der Anterior und Posterior noch Komplikationen, so sind die Gonokokken von 20 in 13 Fällen nach 30 Tagen nicht mehr nachzuweisen. Aber auch unter diesen 13 Fällen, von denen 11 vorbehandelt waren, mußten 5 Rückfälle festgestellt werden. Aus dem Verschwinden der Gonokokken bei komplizierten Fällen einen Schluß auf die gonokokkoide Wirkung einer Behandlungsart zu ziehen, halten wir im übrigen nicht für zulässig.

Vergleichen wir den Zeitpunkt des Verschwindens der Gonokokken und die Zahl der Rezidive mit unseren Ergebnissen bei reiner Gonoflavinbehandlung, so ist hier eine Verbesserung des therapeutischen Effektes nur in ganz geringem Umfang festzustellen.

Verschwinden der Gonorrhoea posterior

Bei einigen der von uns behandelten 18 Fälle von akuter Gonorrhoe der vorderen Harnröhre traten vorübergehend Entzündungen auch in der hinteren Harnröhre auf, die aber nach wenigen Tagen wieder verschwanden. Auch hier kommt die geringe desinfizierende Wirkung des intravenös verabfolgten Acridinfarbstoffes trotz lokaler Rivanolanwendung erneut wieder zum Ausdruck.

Wenn man die Klärung der II. und III. Urinportion als Maß für das Verschwinden der Posteriorgonorrhoe anlegt, so muß man sagen, daß dieser Zeitpunkt der Klärung trotz täglicher Aufzeichnungen (in besondere Tabellen-Morgenharn) außerordentlichen Schwankungen unterworfen ist; es wechseln bis zur endgültigen Klärung Perioden verhältnismäßig klaren Harns mit stark getrübten Urinen ab. Eine der Ursachen dieser Schwankungen sehen wir in der starken Reizwirkung der Acridinfarbstoffe. Die Klärung trat keinesfalls früher auf als bei sonst üblichen Behandlungsmethoden. Die Wirkung kombinierter Behandlung entspricht in bezug auf die Posterior etwa der einer reichlichen internen Balsammedikation.

Digitized by Google

Behandlungsdauer

Die Betrachtung der Behandlungsdauer, unter der wir die Zeit der Behandlung einschließlich einer behandlungsfreien Beobachtungszeit und einer 10tägigen mikroskopischen Kontrolle nach einer Reizung mit Lugolscher Lösung verstehen, ergibt nur in bezug auf die akute Anteriorgonorrhoe eine auffällige Verlängerung gegenüber anderen Behandlungsmethoden.

1. Gonorrhoea acuta ant.:

Behandlungsdauer		35—45	Tage	2 Fälle
„		46—55	„	3 „
„		56—65	„	3 „
„	über	65	„	3 „

Von den 38 akuten Gonorrhoen der Anterior und Posterior mußten 2 Fälle vorzeitig entlassen werden, 1 Fall steht noch in Behandlung, so daß aus der folgenden Tabelle die Behandlungsdauer von 35 Fällen zu ersehen ist.

2. Gonorrhoea acuta ant. et post. ohne Komplikationen:

Behandlungsdauer		25—35	Tage	1 Fall
„		36—45	„	8 Fälle
„		46—55	„	11 „
„		56—65	„	8 „
„		66—75	„	4 „
„	über	75	„	3 „

An Gonorrhoea anterior und posterior mit Komplikationen wie Prostatitis, Prostataabszesse, Epididymitis, Funikulitis, Spermatozystitis, paraurethrale Infiltrate und Abszesse, Littréitiden wurden 20 Fälle behandelt. Davon steht 1 Fall noch in ambulanter Behandlung, während 2 Fälle aus besonderen Gründen vorzeitig entlassen, bzw. verlegt werden mußten. Zur Beurteilung der Behandlungsdauer stehen uns also noch 17 Fälle zur Verfügung.

3. Gonorrhoea acuta ant. et post. mit Komplikationen:

Behandlungsdauer	36— 45	Tage	in	2 Fällen
„	46— 55	„	„	1 Fall
„	56— 65	„	„	4 Fällen
„	66— 75	„	„	3 „
„	76— 85	„	„	2 „
„	86— 95	„	„	1 Fall
„	96—110	„	„	4 Fällen.

Ein Vergleich mit den Zeiten, die bei intravenöser Gonoflavinbehandlung nötig waren, zeigt, daß Unterschiede in der Heildauer auch hier nicht bestehen. Eine Abkürzung der Behandlungsdauer wird durch keine der beiden empfohlenen Behandlungsarten mit Sicherheit erzielt.

Beeinflussung der subjektiven Beschwerden

Bei einer Anzahl von Fällen haben wir deutliche Verschlimmerungen der subjektiven Beschwerden gesehen. Dies gilt insbesondere für die

Digitized by Google

akuten Fälle mit stark entzündlichen Erscheinungen seitens der Schleimhäute. Eine deutliche Beeinflussung der Beschwerden im günstigen Sinne haben wir nur in einem Falle mit Arthritis gonorrhoica des Sprunggelenks gesehen. Hierzu sei bemerkt, daß Adelmann (J. d'Urol. méd. et Chir., 1927, Bd. 6) diese Krankheitsform als die hauptsächlichste Indikation für die intravenöse Acridinbehandlung bezeichnen zu dürfen glaubt. Bei Nebenhodenentzündung und schwerer Prostatitis verbot sich die Lokalbehandlung von selbst, so daß über die Einwirkung der Behandlung dasselbe gilt, wie für das intravenös gegebene Gonoflavin allein, d. h. die Beschwerden bleiben unbeeinflußt.

Verhütung von Komplikationen

Komplikationen werden bei der kombinierten Therapie im Gegensatz zur rein intravenösen in auffallend geringer Zahl beobachtet. Bei einem Patienten, der wegen akuter Gonorrhoe der vorderen Harnröhre behandelt wurde, trat im Laufe der Behandlung eine linksseitige Nebenhodenentzündung auf. Bei einem Fall von akuter Anterior- und Posteriorgonorrhoe entwickelte sich am 14. Behandlungstage eine rechtsseitige Nebenhodenentzündung. Prostatitis und Abszeßbildungen wurden nicht beobachtet; dagegen kam es in einigen Fällen zu einem Übergreifen der Entzündung auf die Posterior. Im ganzen muß aber gesagt werden, daß das Auftreten der unangenehmsten Komplikationen-, Nebenhoden- und Vorsteherdrüsen-Entzündungen, anscheinend zu den Seltenheiten gehört und mit dem viel höheren Prozentsatz der bei der üblichen lokalen Behandlung mit Silbersalzen und instrumentellen Eingriffen auftretenden Komplikationen nicht zu vergleichen ist.

Nebenwirkungen

Nebenwirkungen ernsterer Art, wie sie von anderen Autoren verschiedentlich beschrieben worden sind, sahen wir bei den kombiniert behandelten Fällen kein einziges Mal. Nur ein Patient reagierte auf die erste Gonoflavininjektion mit Übelsein und leichtem Temperaturanstieg. Gonoflavin-Dermatitis sahen wir gleichfalls nur in einem Fall. Dagegen beobachteten wir des öfteren stärkere Reizungen der Blasen- und Harnröhrenschleimhäute. Unter den von uns behandelten 80 Fällen sahen wir sie in 13 Fällen auftreten. Schädigungen der Niere selbst konnten wir dagegen nicht nachweisen. Höhere Rivanolkonzentration als 1 : 5000 (ausnahmsweise 1 : 3000) rufen sehr starkes Brennen und Beschwerden beim Urinlassen hervor. Wir fanden also hier ähnliche Verträglichkeitsgrenzen wie Adelmann bei seinen Trypaflavinspülungen (1 : 10000 bis 1 : 6000), deren Konzentrationsgrad in einer Anmerkung der „Therap. Berichte" (1928, 7) als viel zu schwach bezeichnet wird.

Art der Wirkung der Präparate

Über die Art der mutmaßlichen Wirkung des intravenös verabfolgten Gonoflavins wurde anderenorts Näheres ausgeführt (Engelhardt, Derm. W., 1929, Nr. 14, S. 506). Das lokal applizierte Rivanol wirkt einmal durch den rein mechanischen Reinigungsakt, dann durch die starke Hyperämie-

Digitized by Google

erzeugung, die endoskopisch sehr gut nachweisbar ist. Bei den starken Verdünnungen kommt die keimtötende Wirkung des Präparates wohl erst in zweiter Linie in Frage. Die keimtötende Kraft ist nicht voll auszunutzen, da durch stärkere Konzentrationen das Gewebe zu stark geschädigt wird und dadurch die Möglichkeit der Verschlimmerung (durch Schleimhautauflockerung und Epithelabstoßung) gegeben ist.

Zum Schlusse der Abhandlung sollen die 4 komplizierten Fälle chronischer Gonorrhoe beim Manne, die wegen der geringen Zahl tabellarisch keine Verwertung fanden, kurz angeführt werden. Zunächst 2 Fälle chronischer Gonorrhoe mit Prostatitis, kompliziert in einem Fall mit beiderseitiger Epididymitis. Die Behandlung war die gleiche wie bei den anderen Fällen. Erfolg: Ab 7. bzw. 17. Tag wurden keine Gonokokken mehr gefunden. Auch nach Reizung mit Lugollösung treten innerhalb einer 10tägigen Beobachtungszeit keine Rezidive auf. Im ersteren Falle wurde das Sekret nach 11 Tagen schleimig und verschwand nach 45 Tagen, im 2. Fall war schon am 7. Tage ein Urethralsekret nicht mehr nachzuweisen. Das relativ günstige Ergebnis kann jedoch nicht verwertet werden, da in beiden Fällen eine wochenlange Behandlung vorausgegangen war. Im 3. Fall (chronische Gonorrhoe mit gleichzeitiger Epididymitis dextra und paraurethralen Infiltraten) verschwinden die Gonokokken zunächst schon nach 5 Tagen, treten aber nach Lugolreizung am 37. Tage wieder auf. Am 90. Tage wurde Patient mit noch positivem Gonokokkenbefund und eitrigem Ausfluß entlassen. Der 4. Fall (chronische Gonorrhoe mit Littréitis und Kolizystitis) zeigt bei gleicher Behandlung am 32. Tage noch Gonokokken im Sediment und im Ausstrich. Interessant ist in diesem Falle, daß die Kolibazillen trotz gelblich-grüner Verfärbung aller Urinportionen durch Wochen hindurch neben ihrer Züchtbarkeit auch ihre Beweglichkeit im hängenden Tropfen bewahrten. Sie konnten erst nach Wochen mit Normolaktolblasenspülungen beseitigt werden.

Zusammenfassung

Die von verschiedenen Seiten als die zur Zeit beste Therapie bezeichnete Behandlungsart gonorrhoischer Erkrankungen mit Acridinfarbstoffen, lokal und intravenös, hat nach unseren Erfahrungen die an sie gestellten Erwartungen nicht erfüllt. Ein Überblick über die erzielten Heilergebnisse zeigt, daß die kombinierte Behandlung die alleinige intravenöse Gonoflavintherapie der Gonorrhoe in ihrer günstigen Wirkung nur um ein geringes übertrifft, daß aber als nicht zu unterschätzender Vorteil das Auftreten von Komplikationen trotz beobachteter Schleimhautreizungen fast ganz vermieden wird. Bei kritischer Würdigung unserer auf die angeschnittenen Fragen erhaltenen und näher ausgeführten Ergebnisse muß jedoch festgestellt werden, daß auch die kombinierte Acridinfarbstofftherapie im Vergleich zu der bisher üblichen Lokaltherapie nicht nur im wesentlichen keine Vorteile bietet, sondern daß sie in ihrer Heilwirkung und schnellen Beeinflussung infektiöser Erscheinungen sogar hinter ihr zurücksteht. Die volle Ausnutzung der keimtötenden Kraft des Rivanols ist bei der von uns geübten Therapie wegen der durch die Nieren ausgeschiedenen Farbstoffmengen, die die Schleimhäute des Genitaltraktus stark reizen, unmöglich, da wir uns auf starke Verdünnungen von 1 : 20000 bis 1 : 5000 beschränken mußten. Die Wirkung der lokal applizierten Rivanollösungen und der durch die Nieren ausgeschiedenen Gonoflavinmengen reichen daher in den meisten Fällen nicht aus, um die Gonokokken abzutöten.

Ganz abgesehen von den eventuell durch die Sensibilisierung der Haut zu befürchtenden Schädigungen, wird sich durch das lange Erhaltenbleiben der Infektionsgefährlichkeit und das äußerst langsame Ver-

Digitized by Google

schwinden des Eiterausflusses die Anwendung der kombinierten Acridinfarbstofftherapie in der ambulanten Praxis von selbst verbieten. Es besteht jedoch die Wahrscheinlichkeit, daß eine Kombination des intravenös gegebenen Gonoflavins mit anderen lokal angewandten Mitteln zu wesentlich besseren Ergebnissen führt, da hier wegen der fehlenden Überempfindlichkeit der Schleimhäute gegen das Rivanol nach unseren bisherigen Erfahrungen die „Wirkung von innen heraus" besser ausgenutzt zu werden verspricht. Das Rivanol halten wir für derartige Zwecke in Verbindung mit intravenös gegebenem Gonoflavin für ungeeignet.

Aus der Universitäts-Hautklinik in Gießen (Direktor: Prof. Dr. JESIONEK)

Das Lenigallol in der dermatologischen Praxis

Von

Priv.-Doz. Dr. W. ENGELHARDT und Dr. KARL WELCKER

Das um die Jahrhundertwende von KROMAYER in die Ekzembehandlung eingeführte Lenigallol hat niemals die verdiente Anerkennung in der Therapie gefunden. Nach den nahezu 20jährigen Erfahrungen unserer Klinik handelt es sich jedoch um ein außerordentlich nützliches und empfehlenswertes Reduktionsmittel im UNNAschen Sinne als Pastenzusatz. Bei der enormen Spezialitätenfabrikation der chemischen Fabriken auch in bezug auf fertige Salben und Pasten verdient ein nach Wunsch rezeptierbares Ätzmittel in der Therapie der Hauterkrankungen Beachtung. Versuche, das Lenigallol der Vergessenheit zu entreißen, sind immer wieder gemacht worden, zuletzt von DELBANCO, der das Lenigallol als Ersatz der Pyrogallussäure „zum eisernen Inventar seiner Ekzemtherapie" rechnet. Die immerhin schwierige Ekzembehandlung, die Mißerfolge leicht dem angewandten Mittel zur Last legen läßt, mag mit eine Ursache sein für die seltene Anwendung des Lenigallols in der Praxis. In der Tat setzt die Applikation des Pyrogalloltriazetats eine gewisse Erfahrung sowohl in der Ekzembehandlung überhaupt, als auch gerade mit diesem Mittel voraus.

Bei Ekzemen akuten Charakters und Hautentzündungen durch irgend welche äußeren Schädigungen wäre die Anwendung jeglicher differenter Mittel, also auch des Lenigallols, ein Kunstfehler. Beseitigung der auslösenden Ursache und Ruhigstellung der Haut durch Puder, Zinkpaste, Borwasserüberschläge oder Zinkschüttelmixturen genügen, um in kurzer Zeit die Erkrankung zum Abheilen zu bringen. Ist es dagegen schon zu chronischen Veränderungen der Haut gekommen — bindegewebige Infiltration, Verdickungen einzelner Hautschichten —, so führt eine derartige indifferente Behandlung nicht zum Ziel. Wir sind gezwungen, differente Mittel, die auch die gesunde Haut zu schädigen vermögen, in Anwendung zu bringen. Vor allem kommen die „reduzierenden" Mittel in Frage — Teer, Schwefel, Pyrogallussäure, Chrysarobin usw. Gäbe es nur „akute" und „chronische" Ekzeme, so wäre nach dem oben Gesagten die Behandlung verhältnismäßig einfach. Die größte Zahl zur Behandlung kommender Ekzeme zeigt aber Mischformen, in denen einmal die akuten, einmal die chronischen Veränderungen das Bild beherrschen. Diese Mischformen erschweren die Indikationsstellung und sind wohl auch der Grund, weshalb die von HEBRA empfohlene Ätzbehandlung (Kalilauge, Arg. nitricum, grüne Seife usw.) nie so recht Eingang gefunden hat. Man machte wegen der Schwierigkeit der Indikationsstellung in vielen Fällen mehr schlecht als gut, und das brachte die Ätzbehandlung in Mißkredit. Nur bei großer Erfahrung war es infolgedessen möglich, bei derartigen Mischformen, die je nach Fall eine ganz bestimmte Indikationsstellung in bezug auf Ätzmittel, Zeitpunkt und Energie der Ätzung verlangten, Erfolge ohne große Enttäuschungen zu erleben.

Aus den Ausführungen ergibt sich, wie wichtig es ist, über ein Ätzmittel zu verfügen, das auch bei nicht ganz einwandfreier Indikationsstellung keinen oder

Digitized by Google

möglichst wenig Schaden stiftet. Von einem derartigen Mittel wäre zu verlangen: Reizlosigkeit für die gesunde Haut, Beeinflussung der chronischen Gewebsveränderungen im Sinne einer Reduktion und eine nur auf nässende Stellen beschränkte stärkere Ätzwirkung. Keines der alten Reduktionsmittel kam diesen Forderungen auch nur entfernt nahe. Es war daher die Einführung des Lenigallols durch KROMAYER zu begrüßen, da dieses Präparat in weitgehendem, wenn auch nicht in idealem Maße die oben genannten Forderungen erfüllt.

Beim Studium der über das Lenigallol veröffentlichten Arbeiten ist man geneigt anzunehmen, daß das Lenigallol gewissermaßen als Universalmittel für eine stattliche Zahl von Hauterkrankungen zu betrachten ist. Daß dem nicht so ist, wird schon von KROMAYER in seinen ersten Arbeiten betont. Durch die Fülle der Publikationen ist aber das besonders in der von KROMAYER und GRÜNEBERG verfaßten Schrift genau begrenzte Indikationsgebiet, ebenso wie die Anwendungsweise nicht zum Besten des Mittels wesentlich erweitert worden.

KROMAYERs Meinung, daß das Lenigallol die gesunde Haut nicht anzugreifen imstande wäre, muß in bezug auf die Haut des Ekzemkranken sicher eingeschränkt werden. Daß auch die Haut des gesunden (nichtekzemkranken) Menschen auf das Lenigallol in irgend einer Form reagiert, geht aus pathologisch-anatomischen Studien KOPYTOWSKIs hervor. Dieser Untersucher konnte nachweisen, daß Lenigallolsalben — auf die Skrotalhaut junger Leute appliziert — in schwachen Konzentrationen (bis zu 10%!) ein stark keratoplastische Wirkung besitzen. Konzentrierte Salben bis zu 25% haben eine schwache keratolytische Wirkung, führen aber meist zu Ödem und Zellzerfall im Stratum germinativum. Wenn das für Lenigallolsalben zutrifft, so muß dies in erhöhtem Maße für Lenigallol in Kombination mit Zinkpasten zutreffen, da das Zinkoxyd bekanntermaßen die Reduktionsfähigkeit und damit die Pyrogallolbildung und die mit dieser verbundene Möglichkeit der Hautreizung stark steigert.

Da in unserer Klinik Lenigallolsalben überhaupt nicht und Pasten mit Zusatz von über 10% Lenigallol nur in ganz seltenen Fällen angewendet werden, so interessieren uns in besonderem Maße die mikroskopisch nachweisbaren Veränderungen nach Applikation des Mittels auf die kranke (Ekzem-) Haut. Wir hatten Gelegenheit, in 3 Fällen von akuten nässenden Ekzemen derartige Untersuchungen anzustellen. Die Exzisionen wurden nach 1—2- bzw. 3tägigen Lenigallolpastenapplikationen (10%) vorgenommen, und zwar so, daß im gleichen herausgeschnittenen Hautstückchen sowohl unbehandelte als auch behandelte Ekzemhaut im gleichen Schnitt zur mikroskopischen Untersuchung kommen konnte.

Bei den herausgeschnittenen Hautstückchen handelte es sich immer um stärker nässende hochrote, mäßig infiltrierte Hautpartien chronischer Ekzeme in Scheibenform am Unterschenkel oder Unterarm im Stadium des akuten Rezidivs. Im Gegensatz zum unbehandelten Teil des Hautschnittes mit starken Blut- und Lymphgefäßerweiterungen, größtenteils zerstörtem bzw. abgestoßenem Rete und geronnenem Exsudat, zeigt der mit Lenigallol behandelte Schnitteil schon nach 24 Stunden einen Verschluß der oberflächlichen Lymphräume durch Neubildung einer dünnen Lage noch nicht verhornter Malpighischer Zellen. Die nach 24 Stunden 2—3 Zellreihen starke Schicht ist nach 48 Stunden auf 5 Reihen gestiegen, wobei sich auf den obersten beiden Schichten massenhaft Keratohyalinkugeln zeigen. Mit van Gieson-Färbung ist die beginnende Verhornung deutlich als gelber, feiner Strich nachweisbar, allerdings zeigen die Zellen noch deutliche Zellkerne. Nach 3 Tagen ist die oberste Schicht kernlos geworden, es hat sich eine normale, wenn auch sehr schmale Hornschicht gebildet. Ein Stratum lucidum ist dabei mit Sicherheit nicht zu erkennen. Die mikroskopischen Befunde entsprechen den makroskopischen immer wieder erhobenen Befunden des nässenden Ekzems nach Lenigallolbehandlung. Es geht aus ihnen hervor, daß dem Lenigallol in der verwendeten Konzentration eine ausgesprochen epidermisierende Wirkung zukommt, weiterhin aber auch, daß der Wirkung und damit dem Indikationsgebiet gewisse Grenzen gesteckt sind, da die Ätzwirkung eine nur oberflächliche ist. Die Ekzemherde bleiben unter Lenigallolwirkung bis zu 6 Tagen. Wenn uns auch eine Exzision aus äußeren Gründen nicht möglich war, so sahen wir doch vom 4. Tage der Einwirkung auf der erkrankten Haut gleichzeitig mit der stärkeren Verfärbung durch Pyrogallussäure deutliche Rötung und Schwellung. Am 6. Tage begannen die Herde wieder zu nässen, ein Erfolg der Lenigallolbehandlung war nicht mehr erkennbar, das Krankheitsbild im Aussehen wie vor

Digitized by Google

der Einleitung der Behandlung. Aus diesem Versuch ergeben sich deutlich die Gefahren, mit denen bei der Lenigallolbehandlung zu rechnen ist.

Tatsächlich erleben wir es immer wieder, daß bei länger währenden Lenigallolbehandlungen die Heilungstendenz der Herde nach 3—5 Tagen aufhört, und daß nach Weiterbehandlung mit diesem Mittel Reizungen der Haut auftreten. Es ist daher auch aus unseren klinischen Erfahrungen der Schluß zu ziehen, daß eine Lenigallolbehandlung im allgemeinen nicht länger als 3 bis höchstens 5 Tage fortgesetzt werden darf.

Es wurde schon betont, daß es notwendig ist, das Indikationsgebiet des Lenigallols einzuschränken und die Anwendungsart genau festzulegen, um möglichst Günstiges zu erreichen und Schädigungen hintanzuhalten.

Bei den langjährigen Versuchen mit Lenigallol in unserer Klinik hat sich uns ein ganz bestimmtes Behandlungsschema am besten bewährt. Wir konnten feststellen, daß Lenigallol nicht in Form von Salben, sondern in Pastenform am besten vertragen wird. Wir verordnen daher Lenigallol in 2—5—10%iger Konzentration in folgender Form:

Rp. Lenigallol 10,0
Ol. Olivar. 5,0
Zinc. oxydat.
Amyl. āā 20.0
Vasel. alb. am. ad 100,0
D.S. zu Hd. d. Arztes

Die Paste, die in solchen Mengen zu verschreiben ist, daß sie höchstens zum Gebrauch während einer Woche ausreicht, soll nicht länger als höchstens 4 Wochen verwendet werden. Das ist notwendig wegen der Möglichkeit der Pyrogallolabspaltung durch den Luftsauerstoff, wodurch die Paste grau oder bräunlich verfärbt wird und Hautreizungen hervorrufen kann. Es ist in unserer Klinik üblich, daß die Applikation von Lenigallolpasten durch den Arzt selbst erfolgt. Die durch das Olivenöl weiche und geschmeidige Paste wird auf die von Borken, Krusten oder Schuppen möglichst gereinigte Haut (mit Öl oder auch mit Wasser und Seife) mit Hilfe eines Borstenpinsels aufgetragen. Die Prozedur findet 1—3mal am Tage statt, wobei darauf zu achten ist, daß Verklumpungen von Lenigallolpasten mit einem geeigneten Instrument (Spatel oder Pinzette) abgehoben werden. Börkchen lassen sich leicht abheben; es findet sich darunter eine schon trockene, rosarötliche oder auch noch leicht feuchtglänzende frischgebildete Epidermis. Wird die Entfernung der alten Pastenreste versäumt, so können Reizungen durch stärkere Pyrogallolabspaltung an diesen Stellen ihren Ausgangspunkt nehmen. Jeden Tag oder jeden 2. Tag empfiehlt es sich, einmal die mit Lenigallol bepinselten Stellen mit warmem Olivenöl vorsichtig zu säubern. Danach wird erneut gepinselt. Ein Verband wird nicht angelegt, damit der Luftsauerstoff freien Zutritt hat. Ist nach 3—4tägiger Lenigallolanwendung — steigend von 2—5 auf 10% — ein Erfolg nicht augenscheinlich, so eignet sich das Krankheitsbild nicht zur Lenigallolbehandlung.

Bei nicht sehr reizbarer Haut wird die Pinselung für gewöhnlich über 3 Tage hin täglich wiederholt, ohne abzuölen. Am 4. Tage wird dann mit warmem Olivenöl abgeölt; die kleinen schwarzen Börkchen und Krüstchen werden mit einem Instrument entfernt. In Fällen, in denen nach der Lenigallolbehandlung noch akute Erscheinungen vorhanden sind, schließen wir eine 1—2tägige Behandlung mit Borwasserüberschlägen an. Bei unseren klinischen Versuchen stellte es sich immer wieder heraus, daß bei langwährender Lenigallolbehandlung die Heilungstendenz bald aufhört, ja, daß sogar Reizungen gesunder Hautpartien auftreten können. Es ist daraus der Schluß zu ziehen, daß eine Lenigallolbehandlung nicht länger als 3—5 Tage fortgesetzt werden soll. Ist noch keine vollständige Heilung erzielt worden — was meist der Fall ist — oder gar eine unwillkommene Hautreizung aufgetreten, so muß man sich zur Weiterbehandlung mit Ichthyolpasten evtl. nach 1—2tägiger antiphlogistischer Behandlung mit Borwasserüberschlägen entschließen. Zu einer endgültigen Heilung wird man mit Lenigallol allein in all den Fällen nicht kommen, die mit einer bindegewebigen Infiltration einhergehen, bei denen also tiefergreifende Arzwirkungen erzielt werden müssen, wie z. B. bei chronischen Ekzemen.

Es empfiehlt sich hier, an die 4—5tägige Lenigallolbehandlung eine Teer-

Digitized by Google

behandlung anzuschließen. Wir verwenden die ebenfalls von KROMAYER angegebene Wilkinsonsalbe in folgender Form:

Rp. Cret. alb. 10,0
Sulf. subl.
Ol. Rusci āā 15,0
Sap. Kal.
Adip. suill. āā 30,0
M. f. pasta

Statt dieser modifizierten Wilkinsonsalbe hat sich uns besonders bei torpiden, stark lichenifizierten und juckenden Ekzemen der gewöhnliche Steinkohlenteer, so wie er aus der Gasanstalt kommt, bewährt. Der Teer wird aufgepinselt, 2—3 Tage liegen gelassen und dann mit Olivenöl evtl. nach vorherigem Handbad abgeölt. Auffallend gegenüber anderen Teerarten ist die fast vollkommene Reizlosigkeit, sehr willkommen die große Billigkeit. Auf Reizerscheinungen seitens der Niere ist dabei besonders zu achten, insbesondere da die aus den Gasanstalten zu beziehenden Teerarten in ihrer Wirkung verschieden sind. Ein tastender Vorversuch etwa an einer umschriebenen kleineren Hautstelle ist zur Prüfung der Hautverträglichkeit auf jeden Fall angebracht.

Auf diese Weise behandelt, gelang es uns, Ekzeme aller Art in kurzer Zeit zur Abheilung zu bringen. Die Anwendung der Röntgenstrahlen war in keinem Falle notwendig. Akute und subakute Ekzeme, besonders die nässenden Hand- und Ohrekzeme und die intertriginösen Ekzeme wurden mit Erfolg behandelt. Ebenso bewährt sich das Lenigallol bei der Behandlung der krustösen Ekzeme mit Ausnahme der Kopfekzeme. Wir wenden hier eine der FEERschen ähnliche Methode an. FEER löst zuerst die Krusten mit essigsaurer Tonerde ab und schließt dann die Lenigallolbehandlung an. Statt der essigsauren Tonerde — die öfters Hautentzündungen verursacht — gebrauchen wir das Borwasser. Bei lokalisierten nässenden Ekzemen wenden wir in vielen Fällen sofort Lenigallol an und erzielen gute Resultate. Hierbei stellen wir uns in bewußten Gegensatz zu GALEWSKY, der Lenigallol erst anwendet, wenn durch Puder oder Borüberschläge die Ekzeme zu nässen aufhören. Gerade die nässenden, die impetigösen und die krustösen Ekzeme sind u. E. nach die eigentliche Domäne des Lenigallols! Die Behandlung größerer Hautpartien wird an unserer Klinik nicht geübt. Ebenso ist dringend von einer Lenigallolbehandlung der sogenannten Reizekzeme abzuraten. Psoriasisfälle mit Lenigallol zu behandeln, wird von uns abgelehnt, da mit anderen Mitteln bessere Erfolge erzielt werden können.

Zusammenfassung

Das Lenigallol ist kein Allheilmittel, wie es etwa nach dem Studium der betreffenden Arbeiten und den Empfehlungen vieler Ärzte den Anschein haben könnte. Es ergibt sich daher die Notwendigkeit, das Indikationsgebiet einzuschränken und über die Anwendungsart genauere Anweisungen zu geben. Auf Grund langjähriger Erfahrungen an der Gießener Hautklinik kann das Lenigallol in Kombination mit Zinkpasten in 1—10%igen Konzentrationen zur Behandlung nässender subakuter und chronischer lokalisierter Ekzeme, insbesondere bei akuten Rezidiven empfohlen werden. Es stellt ein vorzügliches, aber nur oberflächlich wirkendes Ätzmittel dar, das die subjektiv lästigsten Beschwerden — das Jucken — schlagartig im günstigen Sinne beeinflußt. Wegen der geringen Tiefenwirkung muß bei chronischen Ekzemen mit stärkeren Veränderungen im Bindegewebe eine Behandlung mit Teer angeschlossen werden. Auch bei akuten und subakuten Ekzemen wird es häufig notwendig werden, eine Nachbehandlung am besten mit Ichthyolpasten (2—10%) anzuschließen. Die Lenigallolbehandlung wird am besten vom Arzt selbst vorgenommen! Die weiche Paste wird mit einem Borstenpinsel 1—3mal täglich 3—4 Tage lang hintereinander auf die erkrankten Stellen aufgetragen, mit Talkum überpudert und ohne Verband belassen. Die an nässenden Stellen sich bildenden Krüstchen und Börkchen (Exsudat und Pastenreste) sind jeden Tag vor der neuen Pinselung mit Spatel oder Pinzette sorgfältig zu entfernen, da die selten beobachteten Hautreizungen immer hier ihren Ausgangspunkt nehmen. Am 3. oder 4. Tag werden die gepinselten Stellen mit warmem Olivenöl gereinigt. Länger wie 4, höchstens 5 Tage ohne Pause

Digitized by Google

mit Lenigallolpaste zu behandeln, erscheint meist zwecklos, da die günstige Wirkung der Behandlung sich in dieser Zeit schon gezeigt haben muß.

Das Lenigallol kann wegen seiner Vorzüge als „das Ätzmittel" des praktischen Arztes bezeichnet werden; wegen seiner Reizlosigkeit im Vergleich zu anderen Ätzmitteln kann es bei seiner Anwendung auch bei nicht ganz genauer Indikationsstellung nur wenig Schaden stiften.

Literatur

1. Bottstein, Ther. Mh., 1899, H. 1. — 2. Clemm, W. kl. Rdsch., 1902, Nr. 36. — 2a. Delbanco, Knolls Mitteilungen für Ärzte, 1926, H. 3. — 3. Feer, Rev. med. de la Suisse rom., 1926, Jahrg. 46, Nr. 3. — 4. Finsen, Sitzungsbericht der dänischen dermatolog. Gesellschaft, 195. Sitzung vom 7. IV. 1926. — 5. Fraser, The Medical Guild Quarterly, 1906, Nr. 33. — 6. Galewsky, M. Kl., 1910, Nr. 47. — 7. Grüneberg, Derm. Zschr., 1899, Bd. 6. — 8. Isacson, D. m. W., 1921, Bd. 23. — 9. Jessner, Dermatologische Vorträge für Praktiker, 1906, H. 16. — 10. Kopytowski, Arch. f. Derm., 1909, Nr. 2 u. 3. — 11. Kromayer, W. kl. therapeut. Wschr., 1905, Nr. 3. — 12. Kromayer und Grüneberg, M. m. W., 1901, Nr. 6. — 13. Kromayer und Vieth, Mh. f. pr. Derm., 1898, Nr. 1. — 14. Marcuse, M. Kl., 1906, Nr. 7 u. 8. — 15. Mayer, M. m. W., 1904, Nr. 36. — 16. Wehner, Ther. d. Gegenw., 1911, Nr. 9. — 17. Winkler und Unna, Handbuch der Haut- und Geschlechtskrankheiten (herausgeg. von I. Jadassohn), Bd. 6, Teil 1, S. 241.

Aus der Lupusheilstätte Gießen (Direktor: Prof. Dr. A. Jesionek)

Über die Behandlung des Schleimhautlupus mit salzarmer Kost

Von

Dr. Lutz Bernhardt

In einer gemeinsam mit Bommer veröffentlichten Arbeit über „Ernährungsbehandlung des Lupus vulgaris[1])" berichteten wir über die Beeinflussung der auf der äußeren Haut gelegenen Lupusherde durch die Verabreichung salzarmer Kost. Dabei wurde auf die Rückbildungserscheinungen an den lupösen Effloreszenzen der Schleimhäute nicht näher eingegangen.

Bei der bekannten Schwierigkeit, Lupusherde auf der Schleimhaut zu beeinflussen, glaube ich mich berechtigt, im vorliegenden über unsere verhältnismäßig günstigen Erfahrungen bei Verabreichung einer besonderen Kostform zu berichten.

Bei der vergleichenden Betrachtung der Erscheinungen, die die Tuberkulose auf der äußeren Haut und auf den Schleimhäuten verursacht, ist vor allem daran festzuhalten, daß die Primäreffloreszenz des Lupus vulgaris auf der äußeren Haut das Knötchen ist. Auf der Schleimhaut entspricht dem Lupusknötchen eine etwa stecknadelkopfgroße, blaß- bis hellrote Erhabenheit. Gruppenweise zusammenstehend bilden sie körnige oder höckrige Plaques von glänzender Beschaffenheit. Durch Wucherung können aus diesen kleine Geschwülste entstehen, oder aber sie zerfallen, wobei es zur Bildung unregelmäßig geformter, scharfrandiger, flacher Geschwüre

[1]) Bommer-Bernhardt, Die Ernährungsbehandlung des Lupus vulgaris. D. m. W., 1929, Nr. 31.

Digitized by Google

kommt. Diese zeigen lebhafte Granulationsbildung, jedoch keine oder nur geringe Entzündungserscheinungen in der Umgebung, während die tuberkulösen Ulzerationen fast immer eine stärker entzündete Umgebung aufweisen.

Nicht immer ist auf der Schleimhaut das klinische Bild charakteristisch. Oftmals ist es unmöglich, eine strenge Trennung zwischen Lupus vulgaris und der eigentlichen Schleimhauttuberkulose durchzuführen. Diese Tatsache beruht auf der Eigentümlichkeit des Lupusknötchens, auf der Schleimhaut schon nach kurzer Zeit zu verschwinden, wobei alle Übergänge der beiden obengenannten Formen zur Beobachtung kommen (sog. Grenzfälle nach ALBANUS). Die Verschiedenheit im klinischen Verlauf beider tuberkulösen Erscheinungsformen gibt uns trotzdem die Berechtigung, von einem Schleimhautlupus zu sprechen. So schreitet der Prozeß beim Lupus nur langsam fort, bewirkt Zerstörungen geringen Grades, während die Tuberkulose sich rasch und mit hochgradigen Zerstörungen ausbreitet. Die subjektiven Erscheinungen treten beim Schleimhautlupus in den Hintergrund; Schmerzen und Schluckbeschwerden gehören im Gegensatz zur Tuberkulose nicht zum klinischen Bild eines Kehlkopflupus, dagegen kann man Heiserkeit hin und wieder beobachten.

In den meisten Fällen nimmt der Lupus der Schleimhäute seinen Ausgang entweder von einem Lupus der Gesichtshaut, oder von der Nasenschleimhaut und kann sich von hier auf Nasenrachen, Mundhöhle, Zahnfleisch und Kehlkopf ausdehnen. Bei Erkrankung des Kehlkopfes sind besonders der Kehldeckel und die Taschenbänder ergriffen, während die Stimmbänder oder der subglottische Raum nur selten befallen sind; die Aryknorpel bleiben immer frei. Auch bei Zerstörungen wird nur der Kehldeckel ergriffen, während die anderen Kehlkopfknorpel verschont bleiben.

Primäres Auftreten des Lupus des Nasenrachenraumes, der Mundhöhle und des Kehlkopfes wird nur in vereinzelten Fällen beschrieben. Außerordentlich selten ist der Lupus der Zunge.

Wichtig erscheint es mir, auf die im Verlauf eines Schleimhautlupus auftretenden tuberkulösen Erkrankungen des Tränennasenganges, des Tränensackes und der Konjunktiva, sowie auf den oft unter dem Bild eines Ekzems verborgenen Lupus des Naseneinganges hinzuweisen.

Prognostisch ist der Schleimhautlupus nicht immer als gutartig anzusehen, da die Gefahr der Verschleppung von Tuberkelbazillen in innere Organe besteht, andererseits kann die Erkrankung durch Übergang in das Bild einer gewöhnlichen Tuberkulose zu rascher Zerstörung und so schließlich zum Tode führen.

Zur Behandlung des Schleimhautlupus werden zahlreiche Verfahren empfohlen. Goldpräparate, Kupfersalze, Milchsäureätzungen sowie das Jod (Pfannenstillmethode) werden von einzelnen Autoren angewandt. Mit Alttuberkulin konnten ROST u. a. keine günstigen Resultate erzielen, während JESIONEK nach Einverleibung seines Ektotuberkulins (eine keimfrei filtrierte Nährflüssigkeit 3—5 Wochen alter Tuberkelbazillenglyzerinbouillonkulturen) Abheilung von Krankheitsherden beobachten konnte. In der Lichttherapie empfehlen einzelne Autoren lokale Sonnenbelichtungen, von anderen werden diese jedoch abgelehnt. Allgemeinbelichtungen mit der künstlichen Höhensonne, dem Kohlenbogenlicht nach FINSEN, und nicht zuletzt mit der natürlichen Sonne werden immer wieder mit gutem Erfolg angewandt. Die Resultate bei der Anwendung von Röntgenstrahlen sowie radioaktiven Substanzen werden von einzelnen Untersuchern als günstig bezeichnet, während

Digitized by Google

diese Therapie von anderen unbedingt abgelehnt wird. Erwähnt sei hier noch die Elektrokoagulation.

Überblickt man diese zur Behandlung des Schleimhautlupus empfohlenen Verfahren, so kann man sich des Eindruckes nicht erwehren, daß alle diese meist nur lokal angewandten therapeutischen Mittel wohl dem einen oder anderen Untersucher günstige Ergebnisse gebracht haben, daß sie im allgemeinen aber die an sie gestellten Erwartungen nicht erfüllten. Diese unbefriedigenden Heilerfolge bei der Behandlung des Schleimhautlupus ließen uns immer mehr unsere Zuflucht zu der Allgemeinbehandlung des tuberkulös Erkrankten nehmen.

Infolgedessen steht heute in unserer Lupusheilstätte die Allgemeintherapie an erster Stelle. Allgemeine Sonnenbäder, Luftbäder, systematisch durchgeführte Hautpflege (Bürsten und Abseifen der Haut), Planschbäder, Gymnastik, alle diese lebenswichtigen Reize gelangen auf der Haut zur Einwirkung, regen diese zu größerer Lebensbetätigung an und lassen aus den Hautzellen, in Betätigung ihres Eigenlebens, Stoffwechselprodukte hervorgehen, die, in genügend großer Menge dem im Innern des Körpers kreisenden Säftestrom beigemischt, imstande sind, Tuberkelbazillen aufzulösen, zu vernichten und unter Umständen auch Heilung tuberkulöser Krankheitsherde herbeizuführen (Jesionek [1]).

Ermutigt durch die Heilerfolge, die wir mit der von Gerson-Sauerbruch-Herrmannsdorfer angegebenen Tuberkulosediät beim Lupus der äußeren Haut, sowie in einzelnen Fällen von Lupus der Schleimhäute erzielen konnten, haben wir seit Jahresfrist von jeglicher lokalen Therapie des Schleimhautlupus, mit Ausnahme der unten erwähnten Kohlensäureschneebehandlung des Zahnfleisches, Abstand genommen und nur die Allgemeinbehandlung des salzarm ernährten Kranken durchgeführt.

Bisher unterstanden dieser Behandlung 32 Patienten, bei denen neben der Schleimhauterkrankung auch Lupusherde an der äußeren Haut nachweisbar waren.

Die Lokalisation der lupösen Schleimhauterkrankung verteilt sich auf:

1.	Lupus der Nasenschleimhaut	14	(14)
2.	„ „ „ und des Zahnfleisches . . .	5	(4)
3.	„ „ Wangenschleimhaut	1	(1)
4.	„ „ Nasenschleimhaut, des Zahnfleisches sowie des Nasenrachenraumes	4	(2)
5.	„ des Kehlkopfes	2	(2)
6.	„ der Nasenschleimhaut, des Rachens und des Kehlkopfes	3	(3)
7.	„ „ „ des Rachens, des Kohlkopfes und des Zahnfleisches	3	(3)

Die in Klammer gesetzten Zahlen bedeuten die Anzahl der geheilt entlassenen Patienten. Bei dem Rest der Kranken konnten wir Besserung erzielen, eine endgültige Abheilung der Krankheitsherde war jedoch wegen der dringend notwendig gewordenen Entlassung nicht zu erreichen. Vorweggenommen sei, daß die beiden beobachteten Fälle von Tuberculosis

[1]) Jesionek, Zur Diätbehandlung der Hauttuberkulose. M. m. W., 1929, Nr. 21. Vortr. i. d. Med. Ges. Gießen, 26. II. 1929.)

Digitized by Google

miliaris ulcerosa und Lupom der Nasenschleimhaut durch die Therapie nur wenig beeinflußt wurden.

An den Krankheitsherden der Schleimhäute beobachteten wir unter Einwirkung dieser Diätbehandlung nach verhältnismäßig kurzer Zeit Rückbildung der Schwellung und Rötung; man sieht die einzelnen Infiltrate deutlicher hervortreten. Mehr und mehr werden diese aufgelöst, um schließlich unter Bildung kleinster weißer Närbchen abzuheilen. Die Rückbildung der einzelnen Infiltrate geschieht in den Schleimhautherden nicht gleichzeitig, so daß man in vorgeschrittenen Fällen unregelmäßig zerstreut neben noch vorhandenen Lupusknötchen kleine weiße Närbchen erkennen kann, die dem Lupusherd ein gesprenkeltes Aussehen verleihen.

Die lupösen Ulzerationen zeigen Nachlassen ihrer Sekretion, der schmutziggraue Belag wird abgestoßen, es kommt zur Bildung frischroter Granulationen, die schließlich zur glatten Vernarbung führen.

Bei vielen Patienten verhalten sich die Lupusknötchen am Zahnfleisch besonders hartnäckig. Wir haben deshalb in diesen Fällen die Krankheitsherde durch kurzdauernde Kohlensäureschneebetupfung (eine bis zwei Sekunden) zu beeinflussen versucht, und damit recht gute Erfolge erzielt. Diese Kohlensäureschneebehandlungen werden in Abständen von einer Woche wiederholt. Schon bald, nach etwa 2—3 Vereisungen, kann man eine deutliche Rückbildung der Knötchen beobachten, die im weiteren Verlauf bald ganz verschwinden. Eine Vernichtung der Lupusinfiltrate durch diese kurzdauernden, oberflächlichen Vereisungen nehmen wir nicht an, vielmehr dürften sie Rückbildung und Resorption derselben nur beschleunigen.

Wenn wir auch mit den an unserer Heilstätte bisher üblichen Behandlungsarten beim Schleimhautlupus Heilung erzielen konnten, so gelingt es jetzt durch die Diätbehandlung in wesentlich kürzerer Zeit und in einer für den Patienten angenehmeren Weise, Abheilung dieser Krankheitsherde herbeizuführen.

Auf Art und Durchführung der Diät, wie sie von Gerson-Sauerbruch-Herrmannsdorfer angegeben worden ist, wurde, was den Lupus anlangt, in früheren Arbeiten eingegangen [1]); ich halte es daher für überflüssig, darauf hier nochmals einzugehen.

Im folgenden gebe ich kurz einige Krankengeschichten.

Hier sei bemerkt, daß sämtliche Patienten, die mit einer Schleimhauttuberkulose in unsere Behandlung kommen, der ständigen Kontrolle unserer Universitätsklinik für Ohren-, Nasen- und Halskranke unterstehen und daß die weiter unten angeführten Befundberichte mit denen der erwähnten Klinik übereinstimmen.

Fall 1. H. T., 24jähr. Patient, leidet seit seinem 17. Lebensjahr an Gesichtslupus, der seinen Ausgang von einer Halslymphdrüsentuberkulose genommen hat. Trotz langjähriger operativer Behandlung sowie Röntgenbestrahlungen war eine wesentliche Besserung nicht zu erzielen. Bei Aufnahme in hiesige Lupusheilstätte bestand folgender Schleimhautbefund:

---

[1]) Bommer, Die Ernährungstherapie der Hauttuberkulose nach Gerson-Sauerbruch-Herrmannsdorfer. M. m. W., 1928, Nr. 37. — Bommer, Die Ernährungsbehandlung der Hauttuberkulose. M. m. W., 1929, Nr. 17. — Bommer-Bernhardt, Die Ernährungsbehandlung des Lupus vulgaris. D. m. W., 1929, Nr. 31.

Digitized by Google

21. III. 1928. Im Naseninnern große Septumperforation mit lupösen Rändern. Lupus an den unteren Muscheln. Gingiva unten suspekt. Lupusknötchen und Narben an der Rückseite des Gaumensegels sowie am Rande desselben. Lupus an der Pharynxhinterwand. Gaumenbögen, weicher und harter Gaumen mit Lupusknötchen besetzt. Epiglottis verdickt. Lupusherde an den Taschenbändern, schlechte Übersichtlichkeit des Kehlkopfes.

4. V. Im Naseninnern großer lupöser Defekt des Septums. Knötchen an den unteren Muscheln. Zahnfleisch ohne krankhaften Befund. Lupus am Rande des Gaumensegels und an der Rückseite desselben. Lupus an der Pharynxhinterwand. Gaumen und Gaumenbögen unverändert. Lupus an der noch verdickten Epiglottis, in der Arygegend, an den Taschenbändern und an der Larynxhinterwand.

Da wir irgend welche Beeinflussung der Krankheitsherde durch Allgemeinbehandlung (Sonnenbäder, Hautpflege, Gymnastik), Lokalbelichtungen, sowie Bepinselungen mit 20—50%iger Milchsäure nicht beobachten konnten, wurde jegliche lokale Behandlung abgesetzt und am 16. VI. die salzarme Diät mit Zugabe von Mineralogen und Phosphorlebertran verordnet. Die Untersuchung am 26. X. ergab folgenden Befund:

26. X. Im Naseninnern kein Lupus mehr zu erkennen, desgleichen ist der Lupus im Nasenrachenraum abgeheilt. Die Epiglottis ist noch verdickt, ebenso die linke Arygegend. Hier sind noch deutlich Lupusknötchen zu erkennen. An den Taschenbändern keine Krankheitsherde mehr.

30. XI. Epiglottisverdickung geht deutlich zurück. Nur in der Arygegend noch sicher Lupusknötchen nachweisbar.

11. XII. (Bemerkung: Die Lupusherde der äußeren Haut sind abgeheilt.)

18. I. 1929. Deutliche und zunehmende Besserung des Kehlkopfbefundes.

6. II. Am Kehlkopf kein Lupus mehr nachweisbar.

13. III. Nachuntersuchung: Lupus der Nasen- und Mundschleimhaut sowie des Kehlkopfes ist abgeheilt.

Patient wurde am 15. III. geheilt entlassen. Gewicht: + 8,2 kg.

Fall 2. M. B., 24jähr. Mädchen, dessen Lupus am Hals und im Gesicht seit dem 10. Lebensjahre besteht. Auch hier war der Lupus die Folge einer Drüsentuberkulose. Eine Beeinflussung der Krankheitsherde durch Salben, Höhensonnenbestrahlungen und Kauterisation war nicht zu erreichen. Ein Jahr vor der Aufnahme traten Krankheitsherde an dem Zahnfleisch auf.

Schleimhautbefund bei Aufnahme:

7. VIII. 1928. Lupusknötchen im Bereich des Zahnfleisches der oberen Schneidezähne. lupöser Defekt der Epiglottis.

23. I. 1929. Lupus am Zahnfleisch vorn oben. Am weichen Gaumen narbige Veränderungen. An der Epiglottis glattnarbige Veränderungen, an der Unterseite desselben noch Lupusknötchen.

12. V. Lupusknötchen an dem oberen Zahnfleisch noch deutlich zu erkennen. Lupusherdchen an der Epiglottis abgeheilt.

31. VII. Nirgends lupöse Krankheitsherde nachweisbar.

4. X. Nachuntersuchung: Schleimhautherde abgeheilt. Gewicht: + 3,5 kg. Die Lupusherde im Gesicht und am Hals waren bis zu diesem Zeitpunkt noch nicht restlos abgeheilt. Die Krankheitsherde am Zahnfleisch wurden in diesem Fall gegen Ende der Behandlung mehrmals nach der obenerwähnten Methode mit Kohlensäureschnee behandelt.

Fall 3. P. B., 13jähr. Junge. Nur vorübergehende Besserung des seit dem 3. Lebensjahre bestehenden Gesichtslupus nach Röntgenbestrahlungen, Licht- und Ätzsalbenbehandlung.

Schleimhautbefund:

1. VIII. 1928. Im Naseninnern, soweit zu übersehen, kein frischer lupöser Prozeß. Lupus an der Epiglottis.

29. I. 1929. Im linken Naseninnern, soweit zu übersehen, keine Lupusknötchen sichtbar. Rechts ist die Nasenhöhle unübersichtlich. (Stenose des Naseneinganges.) Uvula defekt, kein Lupus. Epiglottis narbig, Lupusknötchen nicht mehr zu erkennen.

8. III. Nachuntersuchung: Außer narbigen und abgeheilten lupösen Veränderungen kein pathologischer Befund.

Der Junge wurde am 25. IV. geheilt entlassen. Gewicht: + 3 kg.

Fall 4. J. P., 19jähr. Patient. Im 10. Lebensjahr Auftreten von Lupusherden im Gesicht und an den Extremitäten. Ätzsalbenbehandlungen, Röntgen- und Höhensonnenbestrahlungen blieben ohne Erfolg.

Digitized by Google

Befund der Schleimhäute bei Aufnahme:

22. IX. 1928. Lupus des vorderen Endes der unteren Muschel beiderseits und am Septum vorn beiderseits. Lupus am Zahnfleisch des Oberkiefers vorn.

29. I. 1929. Größtenteils schon vernarbter Lupus an den unteren Muscheln und am Septum. Am Zahnfleisch des Oberkiefers vorn noch Lupusknötchen.

4. V. Lupöse Veränderungen noch nachweisbar.

18. IX. Lupus der Nasen- und Mundschleimhaut ist abgeheilt. (Die ausgedehnten Lupusherde der äußeren Haut sind noch nicht restlos zur Ausheilung gekommen.) Gewicht: + 12 kg.

Zusammenfassung

Durch die von GERSON-SAUERBRUCH-HERRMANNSDORFER angegebene Kostform können nach unseren Erfahrungen Lupusherde an den Schleimhäuten der oberen Luftwege zur Abheilung gebracht werden. Ob diese Abheilung in jedem Fall von Schleimhautlupus zu erreichen sein wird, wie lange die Heilung im einzelnen Fall anhält, das wissen wir noch nicht. Unsere bisherigen Erfahrungen sprechen aber dafür, daß hier ein wertvoller neuer Heilfaktor auch für die Behandlung des Lupus vulgaris der Schleimhäute gewonnen worden ist. In Anbetracht der wenig befriedigenden Erfolge, welche die bisherigen Behandlungsarten des Schleimhautlupus aufzuweisen haben, dürfte es berechtigt sein, dies besonders hervorzuheben.

Aus der Dermatologischen Universitäts-Klinik in Gießen (Direktor: Prof. Dr. JESIONEK)

Über Hautblastomykose des Gesichts

Von

Dr. W. BOEHM, Assistent der Klinik

Mit 1 Abbildung im Text

Der erste als Blastomykose richtig erkannte und veröffentlichte Fall war der Greifswalder von BUSSE-BUSCHKE. Der vor dieser Zeit von POSADAS und WERNICKE beschriebene Fall ist seinerzeit als Blastomykose nicht erkannt worden, desgl. die ersten Fälle von GILCHRIST, bei denen man zunächst annahm, daß Protozoen die Krankheitserreger seien.

Der Name Blastomykose ist von dem Botaniker NAEGELI übernommen worden, der die Sproßpilze Blastomyzeten nannte; und BUSCHKE bezeichnete mit diesem Namen alle diejenigen Krankheiten, die durch Pilze hervorgerufen werden, die sich im Gewebe in Sproßform finden, auch dann, wenn sie außerhalb des Körpers Faden bilden. Die Erreger teilt er ein in

I. eigentliche Hefen (Saccharomyzeten)

1a) askogene
1b) asporogene (unvollständige) } Erreger der europäischen Blastomykose

II. hefeähnliche Mikroorganismen

1a) Cryptococcus GILCHRIST
1b) Coccidioides imitis } Erreger der amerikanischen Blastomykose
2a) Phialophora verrucosa
2b) Acrotheca verrucosa } Erreger der tropischen Blastomykose.

Digitized by Google

Über diese Einteilung und die Klassifikation der Hefen vom botanischen Standpunkte aus ist sehr viel geschrieben worden, und es kann auf die ausgedehnte Literatur verwiesen werden. In neuester Zeit ist von Walter Treuherz-São Paolo der Versuch einer neueren Einteilung unternommen worden.

Die Blastomykose ergreift nicht ausschließlich die Haut, sondern kann auch innere Organe und selbst das Zentralnervensystem befallen. Sie tritt in den verschiedensten Formen auf, und Buschke teilt sie klinisch ein in

1. die infiltrative, ulzeröse und gummöse Form, bei der nach den bisherigen Erfahrungen zweckmäßig eine leichtere, nur in der Haut mit einem oder wenigen Herden lokalisierte Form angenommen wird,
2. eine auch in der Haut, aber multipel lokalisierte,
3. eine mit Beteiligung der inneren Organe, Knochen, Lymphdrüsen und eventuell des Nervensystems einhergehende Form,
4. primär extradermal lokalisierte Fälle,
5. Erkrankungen, die nur Sekundärinfektionen darstellen,
6. unklare Fälle, bei denen es nicht sicher ist, ob die Hefen das einzige und primäre Agens darstellen.

Die Blastomykosenlehre ist von Unna und seinen Schülern sehr bekämpft worden. Sie haben es jedoch nicht vollbracht zu verhindern, daß dieses eigenartige Krankheitsbild immer weitere Anerkennung fand. Neuere Forschungen (Neuber und Röhlich) ließen im Serum von Blastomyzetenkranken komplementbildende Stoffe nachweisen. Spezifische Impfungen riefen Herdreaktionen hervor. Eine Abszeßbildung an der Impfstelle ist durch Bereitung des Antigens mit physiologischer Kochsalzlösung zu vermeiden.

Ramel schildert eingehend die Ergebnisse seiner Allergieversuche, die zwischen dem Infektionsmodus und der Intensität der Hautallergie Beziehungen aufdeckten dahin, daß die Hautallergie ihren Höhepunkt gerade in den Fällen erreicht, wo die Primärinfektion in die Haut erfolgt war.

In der überwiegend großen Zahl der Fälle wird die Primärinfektion in die Haut erfolgen, da diese als Eintrittspforte für die Krankheitserreger an erster Stelle steht. Immerhin sind aber auch die respiratorischen Organe als Eintrittspforte recht beachtlich, während der Verdauungstraktus dabei eine wesentlich unwichtigere Rolle zu spielen scheint. Vor Schilderung des eigenen Falles soll noch erwähnt werden, daß die Lokalisation der Hautblastomykose jede Körpergegend betreffen kann, auch das Gesicht, das nicht, wie Neuber und Röhlich meinen, eine Ausnahme bildet.

Der histologische Aufbau der blastomykotischen Affektionen hat bei verschiedenen Abweichungen doch auch eine ganze Reihe übereinstimmender Merkmale aufzuweisen.

1. Starke Wucherung des Epithels, wobei nach Meinung einiger Autoren die gewucherten Zellen degenerieren, während nach anderen keine Degeneration statthat. Zuweilen kann es sogar zur Organisation von Bildungen kommen, die den Perlgeschwülsten analog sind.
2. Mikroabszesse, die nicht nur im gewucherten Epithel angetroffen werden, sondern auch in der Haut selbst.

Digitized by Google

3. Infiltrationen, die aus lymphoiden, epitheloiden, Riesen- und Plasmazellen bestehen. Recht oft wird Tuberkelbildung mit Riesenzellen beobachtet, die an tuberkulöse Tuberkeln erinnern.

4. Anwesenheit von Blastomyzeten, die oft in sehr geringer Zahl und nur nach ausgiebigem Suchen gefunden werden.

An dieser Stelle soll noch bemerkt werden, daß von UNNA und seiner Schule die als Hefezellen beschriebenen Gebilde für Elastin und Elazinkörperchen gehalten werden, d. h. für ein Zerfallsprodukt elastischer Fasern. Diese Annahme stützt sich in der Hauptsache auf den UNNA-KRAUSEschen Fall. Sowohl bei diesem Fall als auch bei dem von DEL-BANCO finden sich klinisch und histologisch so viele Differenzen, daß nach BUSCHKE die GILCHRISTsche Blastomykose gar nicht in Frage kommt. Die abgebildeten Elazinkörperchen haben nicht die geringste Ähnlichkeit mit Sproßpilzen.

Abb. 1. Etwa 1 Monat nach der Aufnahme. An beiden Mundwinkeln über zweimarkstückgroße Ulzera

Eigener Fall:

30 Jahre alte Pat. Familienanamnese: o. B. Als Kind Masern. 1920 Diphtherie, sonst stets gesund.

Vor 10 Wochen Ausschlag an der rechten Kinnseite. Man sah nur eine Rötung. Nach etwa 10 Tagen war die Stelle fünfmarkstückgroß. Nach Salbenapplikation wurde der Ausschlag größer und griff auf die linke Seite über. Nach einer Röntgenbestrahlung — nähere Daten über Dauer, Filter usw. liegen nicht vor — weitere Verschlimmerung. Arztwechsel. Salbe. Aufschläge, Blaulichtbestrahlungen. Überweisung in die Klinik.

Befund: Mittelgroße Frau in mäßigem Ernährungszustande. Mundhöhle: Gingivitis. Schleimhäute frei. Fötor. Zunge feucht, etwas belegt. Innere Organe: o. B. Nervensystem: o. B. Urin frei von Zucker und Eiweiß. WR und MTR negativ. Tuberkulinprobe: negativ: weder Lokal-, noch Herd-, noch Allgemeinreaktion.

Spezieller Befund: Befallen sind die Haut um beide Augen und die Partie um Mund, Nase und Kinn. Ödem und starke Granulationen mit Borken bedeckt. In beiden Mundwinkeln und Nasenwinkeln tiefe Defekte. An den Stellen um beide Augen sieht man auf geröteter Haut kleine, rote Papelchen. An der Stirn über den Augenbrauen medialwärts gelegen kleine, etwa linsengroße, rote, ziemlich derbe Knötchen. Die Abgrenzung gegen das Gesunde erfolgt durch hohen Wall. An einzelnen Stellen, besonders an der Oberlippe, Brennen. Im übrigen außerordentlich starke Schmerzhaftigkeit.

Blepharokonjunktivitis.

Die Untersuchung in der Hals-, Nasen- und Ohrenklinik ergab nur eine unspezifische Gingivitis.

Abstrich vom Eiter der Ulzera: Massenhaft Hefen.

Kultur aus Gewebe und Abstrich: Weiß wachsende Sproßpilze.

Histologisch fand sich Wucherung des Epithels, Anhäufung von lymphoiden, epitheloiden und Riesenzellen, häufig gruppiert um kleine Knötchen. In allen Dermaschichten waren kleine, runde, lichtbrechende Gebilde anzutreffen, die als Hefezellen anzusprechen sind. Die Riesenzellen machen mehr den Eindruck von Fremdkörperriesenzellen mit phagozytärem Charakter. In ihnen eingeschlossene Gebilde erinnern an Reste elastischer

Digitized by Google

Fasern. Zusammenfassend handelt es sich um tuberkuloiden Bau des Gewebes, mit zahlreichen Mikroabszessen und Hefen in allen Dermaschichten.

Die Diagnose, die später noch ausführlich begründet wird, wurde auf Blastomykose (Busse-Buschke) gestellt.

Die Therapie mußte sich im Anfang auf antiphlogistische Maßnahmen und Verabreichung von Sedativa beschränken. Nach Sicherung der Diagnose wurde Jodkali in hohen Dosen verabfolgt und zwar so, daß Pat. 4 Tage lang pro die 10,0 J.K. erhielt, dann 1—2 Tage Pause eingeschaltet wurden, um in der gleichen Weise mit der Medikation fortzufahren. So wurden im ganzen 250,0 J.K. gegeben. Der Urin blieb stets frei von Eiweiß, auch sonst ließ sich eine Schädigung der Nieren nicht nachweisen. Es trat eine Jodakne hauptsächlich am Rumpf und den unteren Extremitäten auf, die mit Puder behandelt wurde. Da Pat. J.K. innerlich nicht mehr nehmen mochte, wurden Pinselungen der erkrankten Hautpartien mit einer von Firma Merk Darmstadt zur Verfügung gestellten Aufschwemmung einer besonderen Form von kolloidalem Jod versucht. Es handelt sich dabei um eine 4%ige Jodsuspension, die nach einem patentierten Verfahren hergestellt wird. Für die Pinselungen der erkrankten Haut wurde diese 10fach mit Wasser verdünnt, so daß die zur Pinselung gebrauchte Jodsuspension 0,4% Jod enthielt. Der Erfolg war frappant. Hatte schon die Verordnung von hohen J.K.-Dosen eine gute Besserung zur Folge, so nahm die Besserung jetzt überraschende Fortschritte. Die Pat., die bisher nie ohne Sedativa hatte auskommen können, brauchte keinerlei Beruhigungsmittel mehr. Die Spannung im Gewebe hatte fast ganz nachgelassen. Pat. konnte vorübergehend nach Hause beurlaubt werden. Die abgeheilten Randpartien hatten an Umfang zugenommen, der Übergang ins Gesunde ziemlich flach. Die Ulzerationen an den Nasenwinkeln waren abgeheilt, während die an den Mundwinkeln befindlichen wesentlich flacher geworden sind und von Zweimarkstückgröße auf etwa Pfennigstückgröße reduziert waren. Auch am Kinn war die gesunde Partie viel größer. Die Veränderungen an der Stirn waren weniger auffallend. Bei der Wiederaufnahme nach einer Woche waren die Ulzera an den Mundwinkeln abgeheilt. Die auch zu Hause fortgesetzten Pinselungen mit der kolloidalen Jodlösung wurden auch in der Klinik weitergeführt. Ein Versuch einer kombinierten Kur mit J.K. innerlich und Pinselung lokal mußte aufgegeben werden, da wegen Erbrechens Pat. J.K. nicht mehr einnehmen konnte. Nach 12 Tagen wurde Pat. wieder nach Hause entlassen. Im ganzen weitere Besserung. Frische Knötchenbildung, mehr zu fühlen als zu sehen, an der rechten Wange querfingerbreit neben der Grenze vom Gesunden zum Kranken. Unter Fortführung der gleichen Therapie nahm die Besserung weitere Fortschritte. Nach 5 Monate langer Behandlung bot Pat. folgendes Bild. Die sichtbare Affektion im Gesicht ist flach. Es besteht um Mund, Nase und am Kinn eine mäßige, nicht mehr flammende Rötung. Normale Haut findet sich an den Nasolabialfalten und an der Oberlippe, wo in der Mitte, in der Form ähnlich einem kleinen englischen Schnurrbart, aber nicht mehr bis an die Nase heranreichend, die Haut gerötet, aber nicht mehr infiltriert ist. Auch an den Wangen keine Infiltration mehr zu fühlen. Nasenwurzel ist gerötet und besetzt mit kleinen Milien. An den oberen Augenlidern kleine, blaß-braunrötliche, papelähnliche Gebilde. An der Stirn in der Nähe der Exzisionsnarbe kleine rötliche Flecken. An der linken Wange im abgeheilten Bezirk fünf neue, kleine, etwa hanfkorngroße Knötchen, nicht gerötet, nicht schmerzhaft. Nach weiteren 3 Wochen keinerlei Knötchen mehr nachweisbar.

Epikrise

Differentialdiagnostisch wurde ausgeschlossen Lues. Anamnestisch fanden sich keine Anhaltspunkte für Lues. Das klinische und histologische Bild machten eine solche unwahrscheinlich. WR und MTR waren negativ.

Makroskopisch klinisch ließ das Bild an Lepra denken. Von vornherein unwahrscheinlich, da keine Berührung mit Ausländern eruierbar war. Leprabazillen konnten nicht nachgewiesen werden.

Tuberkulose war schon schwieriger auszuschließen. Der histologische Befund ähnelte dem bei einer Tuberkulose. Indessen waren weder in den Gewebsschnitten, noch im Ausstrich des Eiters von den Ulzerationen

Digitized by Google

Tuberkelbazillen nachweisbar. Die Tuberkulinprobe mit Alttuberkulin Koch war negativ. Weder Lokal-, noch Herd-, noch Allgemeinreaktion ist aufgetreten. Gegen eine Tuberkulose spricht weiterhin der Krankheitsverlauf. Auf hohe J.K.-Dosen und -Pinselungen mit kolloidaler Jodlösung sieht man eine Tuberkulose nicht abheilen. Abheilung einer Tuberkulose erfolgt weiterhin unter Narbenbildung. In diesem Falle trat eine narbenlose Abheilung ein.

Oskar Gans und Dresel fordern zum Ausschluß einer Tuberkulose bei bestehender Blastomykose den Tierversuch, da in ihrem Falle die nachgewiesenen Hefen sich als nicht tierpathogen erwiesen hatten, während Implantation von Gewebsstückchen eine einwandfreie Tuberkulose ergeben hatte.

Beiden Fällen gemeinsam ist der fehlende Nachweis von Tuberkelbazillen im Ausstrich und in den histologischen Schnitten. In beiden Fällen wurden Hefen nachgewiesen und zwar in beiden Fällen mikroskopisch und kulturell. Dagegen finden sich in unserem Falle die Hefen in den histologischen Schnitten auch in den tiefen Dermaschichten. Der mikroskopische und kulturelle Nachweis allein mag vielleicht nicht beweisend sein, wohl aber das Vorkommen der Hefen in den tiefen Dermaschichten. Zudem spricht für die Echtheit des Falles der schon oben erwähnte Krankheitsverlauf und die narbenlose Abheilung der Hautaffektion, die absolut gegen Tuberkulose spricht. Eine tuberkulöse Hautaffektion von der Ausdehnung, wie sie aus Abb. 1 ersichtlich ist, geht bei der Abheilung einher mit ausgedehntem Gewebsverlust. In unserem Falle keine Spur von Gewebsverlust, glatte Abheilung. Und bis jetzt, wo ja der Heilungsprozeß noch nicht abgeschlossen ist, finden sich als Residuen gerötete, nicht mehr infiltrierte Hautpartien. Es wäre interessant zu erfahren, ob der Fall von Oskar Gans und Dresel auch narbenlos und ohne Gewebseinbuße verheilt ist.

Was den Tierversuch als solchen betrifft, ist noch zu sagen, daß Chatenewer auf Grund seiner Tierversuche zu großer Vorsicht bei der diagnostischen Auswertung derselben rät. Versuche in der hiesigen Klinik (Engelhardt) haben ergeben, daß weder der positive noch der negative Ausfall des Tierexperimentes für die Menschenpathogenität einer Hefe beweisend ist.

Die Diagnose Blastomykose stützte sich also

1. auf den mikroskopischen Nachweis der Hefen im Eiterausstrich der Ulzerationen,
2. auf den kulturellen Nachweis der Hefen sowohl aus dem Gewebe als auch aus den Abstrichen,
3. auf den Nachweis der Hefen in den tiefen Dermaschichten,
4. auf das Vorkommen der Mikroabszesse in den Schnitten,
5. auf den tuberkuloiden Bau der geweblichen Schnitte, der bei Blastomykose ebenfalls einheitlich geschildert wird,
6. auf den Heilungsverlauf, der auf hohe J.K.-Dosen hin erfolgte, und auf lokale Applikation von Mercks Jodsuspension, sowie auf die narbenlose Abheilung der Affektion.

Therapeutisch wird von den meisten Autoren J.K. in hohen Dosen empfohlen. Viele kombinieren die J.K.-Kur mit Salvarsaninjektionen, die

Digitized by Google

sich, auch allein gegeben, oft noch wirksamer erweisen sollen als J.K. Als chirurgische Behandlung der Blastomykose kommt in Frage 1. Exzision. 2. Koagulation mittels Diathermie. Bei allen chirurgischen Verfahren ist jedoch zu bedenken, daß die Lokalanästhesie in dem weithin morschen Gewebe oft außerordentlich schwierig, in einzelnen Fällen vielleicht ganz unmöglich ist.

E. S. Sanderson und D. C. Smith, Charlottesville, konnten in vitro bereits mit Verdünnungen von 1 : 1000000 des Gentianavioletts das Wachstum von Blastomyzeten beträchtlich hindern und empfehlen einen Versuch zu machen, das Gentianaviolett dem therapeutischen Rüstzeug bei der Blastomykose einzuverleiben.

Auch Mischvakzine und reine Blastomyzetenvakzine sind hergestellt und mit gutem Erfolge angewandt worden.

Von anderer Seite werden Argentumpinselungen mit nachfolgender Bestrahlung mit Kromayer empfohlen.

Neben der chirurgischen Diathermie allein kommt häufig die kombinierte Behandlung mit Röntgenstrahlen in Anwendung und zwar eine ungefilterte Strahlung in Dosen von $^1/_2$ HED bei 60 K.V. alle 3 Wochen.

Röntgen allein wird empfohlen in Dosen von 1 HED bei ungefilterter oder wenig gefilterter Strahlung von 60 K.V. alle 3 Wochen.

Was Röntgenbehandlung anlangt, so hat unser Fall Veranlassung gegeben, an Röntgenschädigung zu denken. Die anamnestisch geschilderte auffallende Verschlimmerung nach Röntgenbehandlung läßt daran denken, daß, wenn auch vielleicht keine eigentliche Röntgenschädigung vorliegt, so doch die Bestrahlung in ungeeigneter Dosierung den Boden für eine weitere Ausdehnung des Krankheitsprozesses vorbereitet.

Zusammenfassung

1. Es handelt sich um einen Fall von einwandfreier Hautblastomykose des Gesichts.

2. Therapeutisch haben sich in diesem Falle bewährt hohe J.K.-Dosen und Pinselungen mit 10fach verdünnter Jodsuspension von Merck.

3. Röntgenbehandlung ist in Anbetracht der leicht möglichen Schädigung erst nach Versagen anderer Behandlungsweisen anzuwenden.

Literatur

Buschke u. Rosenbaum, Zbl. f. Haut- u. Geschlechtskrkh., Bd. 13, S. 305. — Arzt, Zur Klinik und Pathologie der Sproßpilzerkrankungen. Arch. f. Derm., Bd. 148, H. 3. — Engelhardt, Über Sproßpilzbefunde bei pemphigusartigen Erkrankungen. Derm. W., Bd. 85. Nr. 39. — Engelhardt, Über eigentümliche Zellbefunde im Hautblaseninhalt bei Pemphigus und Dermatitis herpetiformis Duhring. Krankheitsforschung, Bd. 6, H. 1. — Engelhardt, Ein Beitrag zur Ätiologie oberflächlicher Hautblastomykosen und Hautsporomykosen. Arch. f. Derm., Bd. 146, H. 2. — Chatenewer, Material zur experimentellen Blastomykose der Kaninchen. Derm. W., 1928, Bd. 87. — Grschebin, Ein Fall von tiefer primärer Blastomykosis der Haut. Derm. W., Bd. 85, H. 30. — Grschebin u. Maschkilleisson, Beiträge zur Lehre der pathologischen Anatomie der Gilchristschen Hautblastomykose. Derm. W., 1926, Bd. 82. — Maschkilleisson, Zur Frage der Gilchristschen Hautblastomykose. Derm. W., Bd. 83, H. 34 u. 35. — Neuber u. Röhlich, Zur Pathogenese und Therapie der Hautblastomykose. Derm. W., 1925, Bd. 80. — Ramel, Beitrag zur Kenntnis der Hautblastomykose mit besonderer Berücksichtigung der Allergieerscheinungen. Arch. f. Derm., Bd. 148, H. 1. — Treuherz, W., Echte u. falsche Blastomykosen. Derm. W., 13. Juli 1929.

Digitized by Google

Aus der Ungar. Staatl. Landesversicherungsanstalt (Direktor-Chefarzt: Priv.-Doz. Dr. J. v. Barla-Szabó), I. Bezirksabteilung für Haut- und Geschlechtskrankheiten (Leitender Arzt: Prof. Dr. St. Rothman)

Überempfindlichkeit gegen Hartgeld[1])

Von

Stephan Rothman

Bei dem 42jähr. Patienten sind Familien- und Jugendanamnese ohne Belang. Abgesehen von einem — röntgenologisch nachgewiesenen — geheilten Lungenprozeß sind bei ihm krankhafte Veränderungen der inneren Organe nicht nachweisbar. Er ist seit Jahrzehnten Angestellter der städtischen Straßenbahngesellschaft und seit 1920 mit der Nachzählung von Geld betraut. Bis 1926 arbeitete er ausschließlich mit Papiergeld. Seit Anfang 1927 ist in Ungarn das Hartgeld wieder eingeführt, seither ist Patient ausschließlich mit der Zählung von Silber-, Nickel- und Kupfergeld beschäftigt. Dieses Geld wird im Zentralgebäude der Trambahngesellschaft in großen Säcken gesammelt und dort nachgezählt. Der Patient arbeitet mit entblößten Unterarmen. Hals und Nacken sind ebenfalls frei.

Im Frühherbst 1928 bemerkte der Patient am Nacken und am Hals rote Pickeln, die stark juckten. Er begab sich sofort in fachärztliche Behandlung, die aber trotz großer Sorgfalt erfolglos blieb. Während der Behandlung breitete sich die Erkrankung über den ganzen Hals aus, und nach 3—4 Wochen trat sie auch an den Unterarmen auf. Die entzündeten Hautflächen fingen an zu nässen, es bildeten sich dicke Krusten, das Jucken wurde immer lästiger.

Im Februar 1929 meldete sich der Patient auf unserer Abteilung, nachdem die Krankheit bereits seit 6 Monaten bestand. Wir fanden am Hals rundum, z. T. auf die Schultern übergreifend, ferner an den Unterarmen und Handrücken ein nässendes Ekzem, bestehend aus über handtellergroßen, unregelmäßig konfluierenden und unscharf begrenzten, stark entzündeten, nässenden und krustösen Herden, in deren Nachbarschaft intraepidermidale Bläschen regellos zerstreut waren. Die üblichen äußeren Maßnahmen, feuchte Überschläge und Verbände, indifferente Schüttelmixturen und Pasten, später auch Ichthyol- und Teerpräparate blieben ohne jede Wirkung. Daraufhin wurden kutane Ekzemproben mit je einem gut gereinigten Stück von 1 Pengö (Silber), 20 Heller (Nickel) und 2 Heller (Kupfer) am Rücken angelegt: Skarifikation, Geldstück, Guttapercha, Heftpflaster. Kontrolle ebenfalls am Rücken: Skarifikation, Guttapercha, Heftpflaster. Die Ablesung erfolgte nach 24 Stunden. An der Stelle des Nickelstückes fand sich eine bohnengroße Rötung und starke Schwellung, an der Stelle der Silber- und Kupferstücke je eine kleinerbsengroße Rötung und mäßige Schwellung. Die Kontrollen waren negativ. Am nächsten Tag wurden Ekzemproben mit Silbernitratlösung 1 : 10000 und Kupfersulfatlösung 1 : 10000 angelegt. Kontrolle: destilliertes Wasser. Die Reaktion auf die Metallsalze war etwas stärker als die Reaktion auf die entsprechenden Metallstücke. Bei gesunden Kontrollpersonen verliefen die gleichen Ekzemproben negativ. Auf Grund der Resultate der Kutanprobe haben wir dem Patienten empfohlen, sich um eine andere Diensteinstellung zu bewerben. Seiner Bitte wurde Folge geleistet, und 4 Wochen später war er geheilt. Er ist nunmehr seit 8 Monaten erscheinungsfrei. Die allergischen Reaktionen sind jetzt etwas abgeschwächt, aber noch immer sehr deutlich.

Fassen wir kurz die wichtigsten Daten unserer Krankengeschichte zusammen, so sehen wir, daß es sich um einen Straßenbahnangestellten handelt, der mit Geldzählung betraut ist, und der nach etwa 1 ½ jähriger Beschäftigung mit Hartgeld an einem nässenden Ekzem unbedeckter Körper-

[1]) Der Fall wurde in der Novembersitzung der Ungarischen Dermatologischen Gesellschaft demonstriert.

Digitized by Google

stellen erkrankt. Die fachärztliche Behandlung bleibt erfolglos. Es läßt sich eine Überempfindlichkeit gesunder Hautpartien gegen Hartgeld nachweisen. Nachdem der Patient eine andere Diensteinteilung bekommt, heilt sein Ekzem in kurzer Zeit und bleibt dauernd geheilt.

In der Literatur ist uns ein ähnlicher Fall nicht bekannt. Eine Sonderstellung innerhalb der großen Gruppe der äußeren Sensibilisierungen beansprucht unser Fall insofern, als er uns in anschaulicher Weise vor Augen führt, wie minimal die „Antigen-" oder „Allergen-"Mengen sein können, die im Laufe der Zeit die Überempfindlichkeit hervorrufen. Denn es sind hier offenbar nur jene Metallmengen wirksam, die bei Berührung mit der Haut in Lösung gehen. Einen Beweis dafür dürfen wir in dem Umstand erblicken, daß die Überempfindlichkeit gleich groß ist gegen die Metalle und gegen die entsprechenden Metallionen. Die in Lösung gehenden Metallmengen sind kaum wesentlich größer als bei der oligodynamischen Metallwirkung, von der wir wissen, daß sie eine Metallionenwirkung ist. Bei der oligodynamischen Silberwirkung sind z. B. noch Konzentrationen von der Größenordnung $3{,}10^{-8}$ g/Liter Silberionen biologisch wirksam (LEITNER).

Aber nicht nur die außerordentlich kleinen Mengen des Allergens sind in unserem Fall bemerkenswert, sondern auch der Umstand, daß hier die Haut gewissermaßen an der Herstellung des Allergens, an der Bildung von wasserlöslichen Metallionen mitwirkt. Wir möchten annehmen, daß dabei die stark saure Natur der Dunsthülle der Haut eine gewisse Rolle spielt. Jedenfalls ist der beschriebene Sensibilisierungsvorgang in pathologisch-chemischer Beziehung zu unterscheiden von jenen Schwermetallüberempfindlichkeiten, die in industriellen Schwermetallbetrieben dadurch entstehen, daß fertige wasserlösliche Salze wie Goldchlorid, Nickelsulfat usw. unmittelbar mit der Haut in Berührung gebracht werden.

Literatur

N. LEITNER, Oligodynamie — eine Metallionenwirkung. Kl. W., 1929, Nr. 42, S. 1952.

Referatenteil

Fachzeitschriften

Journal d'Urologie

1929, Bd. 27, Nr. 4

Marion, H.: Étude critique et expérimentale des plaies transversales de l'urétère. Déductions chirurgicales et thérapeutiques (Kritische und experimentelle Studie über die transversalen Verletzungen der Ureteren. Chirurgische und therapeutische Schlüsse). S. 273.

Marion teilt seine Arbeit in vier Abschnitte ein. Der erste beschäftigt sich mit der kritischen Würdigung der Beschreibungen von Ureterenverletzungen mit nachfolgender Naht. Diese Arbeiten sind teils wertlos, wenn nämlich ohne spätere Prüfung der Nierenfunktion durch UK einfach von Heilung gesprochen wird, teils berichten sie von ausgesprochen schlechtem Resultat, bisweilen sogar von Todesfällen, teils von Fällen wirklicher Heilung, die durch öftere und über einen langen Zeitraum verteilte Prüfungen gesichert wurden. Der zweite Abschnitt umfaßt die experimentellen Untersuchungen

Digitized by Google

Marions. An zahlreichen Hunden wird operiert. Teils wurden Ureteren quer durchschnitten und dann genäht, teilt wurde nur die äußere Ureterenwand entfernt, um die Rolle der Innervationsstörung zu studieren. Das Ergebnis dieser Methoden ist der Nachweis, daß in beiden Fällen Uretero-Hydronephrosen entstehen, auch wenn der Ureter absolut nicht strikturiert wird. Der dritte Abschnitt, der noch nicht erschienen ist, soll die praktischen Folgerungen aus den Erkenntnissen der beiden ersten enthalten.

Urofino, A.: Insuffisance rénale par phimosis (Niereninsuffizienz durch Phimose). S. 306.

Bericht über zwei Fälle hochgradiger Phimose bei einem 23jähr. und einem 35jähr. Manne. Prüfungen der Nierenfunktionen ergeben Parenchymschädigungen. Nach Operation der Phimosen Besserungen der Funktion, aber keine völlige Restituio ad integrum.

E. Sklarz-Berlin.

Japanese Journal of Dermatology and Urology

April 1929, Bd. 29, Nr. 4

Hashimoto, T., u. T. Ohno: Über Alopecia hyperkeratosis cystica follicularis. S. 25.

Fall I: 50jähr. Frau, schon lange juckende Abschuppung auf dem behaarten Kopf. Kahle Stelle auf Scheitel und Hinterhaupt; am übrigen Kopfe diffuser Haarausfall. Die Haut und die bleibenden Haare sind mit reichlichen weißen Schuppen bedeckt. Die gut sichtbaren Follikelmündungen von schwärzlich-bräunlichen, komedonenartigen, durch Fingerdruck herausquetschbaren, Hornpfröpfen verstopft. Heilung durch Quarzlicht und Karbol-Salizylsalbe. Histologisch: Atrophische Verdünnung der Epidermis; Pigment der Basalzellen fast total geschwunden. Auch die Kutis wenig atrophisch. Zystische Erweiterung des Haarfollikels, in welchem man kein Haarstück, sondern nur homogen gefärbte Hornsubstanz findet. Nirgends Talgdrüsenstrukturen. Fall II: 40jährige Frau, welche an starkem Haarausfall leitet. Dieser ist nicht scharf begrenzt, sondern mehr diffus; an den Follikelmündungen kleine, schwärzlich-bräunliche, mäßig derbe Hornmassen; Haare und Kopfhaut trocken ohne Entzündungserscheinungen. Histologie, wie bei Fall I. Fall III: 33jähr. Frau mit Haarerkrankung, wie bei Fall I und II, nach Salvarsanintoxikation aufgetreten.

Takahashi, Sh.: Über die Soormykose der Haut. S. 26.

T. beobachtete 6 Fälle von interdigitaler Mykose und 7 Fälle von Soormykose des Säuglings. Die interdigitale Soormykose betrifft meist den 3. Interdigitalraum. 4 von den 6 Fällen betrafen junge Frauen; 2 Fälle bei Küchenmädchen. Die primären Efloreszenzen sind Bläschen, welche rasch platzen und in Erosionen übergehen. Bei einem Falle wurden auch jede Zehenspalte, die Ränder der Füße und die malleolaren Teile ergriffen. Die Soormykose des Säuglings ähnelt den von Beck und Ibrahim mitgeteilten Fällen. Genaue Mitteilung der Kulturergebnisse und Impfversuche.

Masuda, R.: Über unter die Haut eingepflanzte Haare bzw. Hautstückchen und die Genese der Riesenzellen im reaktiven Granulationsgewebe. S. 31.

Verf. behauptete bei Mitteilung seiner „multiplen kleinen Follikularzysten mit Riesenzellen", daß die zahllosen Riesenzellen, welche diese Zyste als dickes Gewebe umhüllen, sich durch Reize des Zysteninhalts, besonders der Haarfragmente und Hornmassen, bald aus Endothelien der Blut- bzw. Lymphkapillaren, bald aus Bindegewebszellen entwickeln. Die vorliegenden Versuche geben dieser Annahme eine experimentelle Grundlage.

F. Juliusberg-Braunschweig.

Mitteilungen aus der Literatur

Bakteriologie und Immunitätslehre

Bégouet, M.: Sur le mécanisme de la méthode de Gram (Über den Mechanismus der Gramschen Methode). Compt. rend. Soc. Biol., Bd. 101, Nr. 24, S. 896.

Die erste Phase (Karbol-Gentianaviolett) stellt eine Beizung dar, die durch Ausflockung die Adsorption des Gentianavioletts an den Mikrobenkörper verstärkt. Bei der zweiten Phase (Lugol) scheint es sich nicht um eine spezifische Reaktion

Digitized by Google

zu handeln, das Jod bildet mit dem Violett eine Farbe, die sich in glücklicher Weise in Nachfärbung des Grundes differenziert. Die Zeit der Entfärbung (Alkohol) bedingt das bei den gramnegativen Keimen schneller vor sich gehende Phänomen des oberflächlichen Deplacements des adsorbierten Farbstoffs. E. Levin-Berlin.

Béguet, M.: Sur les limites de la spécificité de la réaction de Gram (Über die Grenzen der Spezifität der Gramschen Reaktion). Compt. rend. Soc. Biol., Bd. 101, Nr. 24. S. 894.

Versuche mit veränderten Nährböden zeigten, daß es gelingt, im allgemeinen gramnegativen Keimen einen grampositiven Charakter zu verleihen, anderseits grampositive Keime negativ zu machen; dabei nehmen die Keime z. T. einen sehr polymorphen Charakter an. Es handelt sich bei der Grampositivität oder -negativität also nicht nur um eine spezifische Konstitution, sondern um einen physikalisch-chemischen Zustand, der von dem äußeren Milieu abhängig ist. Es kann eine Veränderung des Charakters unter Umständen durch Entwicklung eines assoziierten Keimes oder durch Einwirkung therapeutischer Produkte eintreten.

E. Levin-Berlin.

Wilke, W.-Gumbinnen: Versuche über Gramfestigkeit von Pneumokokken und Diphtheriebazillen. Zbl. f. Bakt., Bd. 113, Nr. 3/4, S. 262.

Die Versuche, durch spezifisches Immunserum die Gramfestigkeit lebender sowie abgetöteter Diphtheriebazillen und Pneumokokken zu beeinflussen, fielen negativ aus. Ebensowenig vermochten Pepsin, Trypsin, Hydrochlorpepsin und alkalisiertes Trypsin die Gramfestigkeit zu ändern. Nach Einwirkung der lebenden Kräfte des Tierkörpers dagegen schwand die Gramfestigkeit bei den in Auflösung befindlichen Pneumokokken. F. Harry-Wiesbaden.

Epstein, E.-Wien: Beitrag zur Theorie und Morphologie der Immunität. Histiozytenaktivierung in Leber, Milz und Lymphknoten des Immuntieres (Kaninchen). (Prosektur d. Kaiser-Franz-Josef-Spitals.) Virch. Arch., Bd. 273. H. 1, S. 89.

Es wurde eine Immunisierung mit flüssigen Kolloiden (Schweineserum oder Schweineserum + Kaninchenherzextrakt) und mit Suspensionen nicht vermehrungsfähiger Zellen (Hammelblutkörperchen) vorgenommen. Es zeigten sich lebhafte Wucherungsvorgänge am histiozytären Zellapparat in den blutbildenden Organen, vor allem in der Leber. Die sich bildenden Zellen sind in erster Linie: große basophile Riesenzellen, die Verf. trotz mancher Ähnlichkeit mit Plasmazellen als Abkömmlinge der Retikulum- bzw. Kupfferschen Sternzellen anspricht, ferner Makrohistiozyten, histiozytäre Riesenzellen, pseudoeosinophile Monozyten und megakaryozytenähnliche Zellen. Auch für die letzten Gruppen kommt keine Einschwemmung auf dem Blutwege, sondern nur örtliche Entstehung aus histiozytären Elementen in Frage. Eine phagozytäre Funktion dieser Zellen kommt erst in zweiter Linie in Betracht, das Wesentliche stellt wohl eine Absonderung zunächst unspezifischer Abwehrstoffe dar. Den spezifischen Charakter der Antikörper dürften sie erst durch eine physikalisch-chemische, vermutlich elektrophysikalische Reaktion mit entgegengesetzt geladenen Kolloidkomplexen des Antigens innerhalb der Histiozyten erwerben. Es ist also scharf zu unterscheiden zwischen der Bildung von Abwehrstoffen durch die gewucherten Histiozyten und der Abfuhr eingedrungener Infektionskeime oder von Abbauprodukten durch die verschiedenartigen Phagozyten, unter welchen eben die Histiozyten neben den Granulozyten die größte Rolle spielen.

Fr. Wohlwill-Hamburg.

Nattan-Larrier, L., u. L. Richard: Transmission héréditaire de l'anaphylaxie (Hereditäre Übertragung der Anaphylaxie). Compt. rend. Soc. Biol., Bd. 101, Nr. 22, 636.

Erhält ein trächtiges Weibchen eine Einspritzung von heterologem Serum, so kann dieses die Plazenta passieren, meist jedoch in so geringer Menge, daß eine Sensibilisierung der Frucht nicht stattfindet. Nur in Ausnahmefällen gelingt dies, und das Neugeborene zeigt dann eine aktive Sensibilisierung, die gewöhnlich erst 2—3 Wochen nach der Geburt ausgebildet ist und sich dann ungefähr 3 Monate erhält. Es handelt sich also eigentlich nicht um eine hereditäre Anaphylaxie, weil die Mutter bei ihrer Bildung nicht aktiv beteiligt ist. Die passiv von der Mutter auf den Fötus übertragene Anaphylaxie ist im Gegensatz zu der aktiven schon bei der Geburt nachweisbar und schwindet in weniger als 3 Monaten.

E. Levin-Berlin.

Digitized by Google

Allgemeine Pathologie und Diagnostik

Gurewitsch, N. A.-Rostow am Don: Über die Vaskularisation der Hautnarben (Nordkaukasische Univ.) Arch. f. kl. Chir., Bd. 155, H. 4, S. 649.

Verf. rollt die Frage der Entstehung der Gefäße in Hautnarben, die auch in neuerer Zeit trotz eingehender Untersuchungen nicht endgültig gelöst worden ist, auf Grund seiner kapillaroskopischen Beobachtungen neu auf. Mit Hilfe einer eigens von ihm konstruierten Kammer für Kapillaroskopie, die die Möglichkeit bietet, bei verschiedenen chirurgischen Erkrankungen Veränderungen im Kapillarsystem zu erkennen, hat er zahlreiche frische und alte Hautnarben untersucht und experimentell beim Hunde an Schnitten in der Bauchhaut die beginnende Vaskularisation beobachtet. Seine Untersuchungen zeigen, daß die Gefäßneubildung stets von einem bestimmten Rande der heilenden Wunde ausgeht. Stets fällt die Richtung der neugebildeten Gefäße mit der Richtung des Blutstromes des zentral liegenden Gefäßgebietes zusammen; nur in seltenen Fällen, wenn durch reichliche Kollateralen eine gute Blutversorgung des peripheren Gefäßabschnittes vorhanden ist, kommt es auch zu einer Vaskularisation vom peripheren Gebiet aus. Um eine rein mechanische Wirkung des Blutstromes auf die Gefäßneubildung kann es sich trotz dieses auffälligen Verhaltens der Gefäßrichtung nicht handeln. Experimentelle Beobachtungen des Verf. stehen dieser Ansicht entgegen. Setzt man in die Bauchhaut des Hundes einen Schnitt, so tritt wie immer die Vaskularisation vom zentralen Rande aus einseitig auf. Dies Verhalten ändert sich aber sobald ein zweiter diesem paralleler Schnitt peripherwärts gesetzt wird. Jetzt tritt die Vaskularisation am zentralen Rand auf, und vom peripheren Anteil wird die Gefäßversorgung der Wunde in verstärktem Maße aufgenommen. G. spricht die Vermutung aus, daß der Organismus auch hier die Kräfte zur Heilung an den gefährdetsten Stellen einsetzen läßt. Am Schluß der Arbeit folgt eine Beschreibung der oben erwähnten kapillaroskopischen Kammer. Sprafke-Chemnitz.

Pharmakologie und allgemeine Therapie der Hautkrankheiten

Leva, J.: Wird Arsen durch die menschliche Haut resorbiert? Ein Beitrag zur Arsenbehandlung durch Bäder nach Erfahrungen mit der Dürkheimer Maxquelle. M. m. W., 1929, Nr. 33, S. 1368.

Die in der Überschrift gestellte Frage wird in positivem Sinne beantwortet. Es hat sich gezeigt, daß bei äußerer Anwendung der Dürkheimer Maxquelle in Form von Bädern und Packungen mittels des aus der Maxquelle gewonnenen Quellsediments eine erhöhte Arsenausscheidung im Harn auftritt. Durch die Art der Versuchsanordnung ist eine andere als perkutane Resorptionsmöglichkeit (Atmung, Epidermisläsion) auszuschließen. Die Versuchsergebnisse sind ein Beweis für die schon seit langem rein empirisch gemachten klinischen Erfolge nach Arsenbädern in Dürkheim. Die Arsenbestimmung ist nach der Marshschen, durch Lockemann ausgebauten Methode durchgeführt worden. Sprafke-Chemnitz.

Bachem, C.-Bonn: Adsorptionstherapie mit Silargel und Adsorgan (Heyden). Fortschr. Ther., Jahrg. 5, H. 15, S. 486.

Silargel ist kolloide Kieselsäure in Verbindung mit Chlorsilber in Pulverform. Neben seiner hohen adsorbierenden Wirkung kommt ihm noch eine bedeutende, experimentell geprüfte Desinfektionskraft zu. Das Präparat ist ungiftig, geruchlos und von weißer Farbe. Nebst seiner Anwendung als Darmdesinfiziens eignet es sich besonders für die Dermatologie und Gynäkologie: zur Behandlung bei Ulcus cruris, Brandwunden, infizierten Wunden, nässenden Ekzemen, zur Trockenbehandlung blennorrhoischen und nicht blennorrhoischen Fluors sowie katarrhalischer Erkrankungen der Vagina. Adsorgan ist ein Gemisch von Silargel, Silberkohle und einer Kakaomasse, kommt als Granulat in den Handel. Fischer-Prag.

Strahlentherapie und Strahlenschädigungen

Glockner, R.-Stuttgart: Die Wirkung der Röntgenstrahlen auf die Zelle als physikalisches Problem. (Röntgenlabor. Techn. Hochschule.) Strahlenther., Bd. 35, H. 2, S. 199.

Bei der Wechselwirkung zwischen Materie und Röntgenstrahlen ist die erste Stufe eine Umsetzung der Strahlungsenergie in Elektronenenergie. Bei der Auswer-

Digitized by Google

tung von strahlenbiologischen Versuchen gewinnt man die „Schädigungskurve", d. h. die graphische Darstellung der Beziehung zwischen Prozentzahl der Schädigung und Größe der Dosis meist, indem man eine möglichst große Zahl von Individuen gleicher Art und gleicher Lebensbedingung mit verschieden großen Dosen bestrahlt und die von jeder Dosis Geschädigten in prozentuale Beziehung zur Zahl der Bestrahlten setzt. Die Strahlenwirkung an den einzelnen Exemplaren der betreffenden Versuchsserie wird durch die „Variationskurve" zur besseren Darstellung gebracht. Die verschieden starke Variation der Strahlenempfindlichkeit von Exemplaren gleicher Art und gleicher Lebensbedingung wurde bisher fast ausschließlich auf die „fluktuierende Variabilität" der Entwicklungsverschiedenheiten und der Erbmasse zurückgeführt. Daß die Form der Schädigungskurve und entsprechend die der Variationskurve bei weicher, schwachgefilterter Strahlung deutlich von jener harter, starkgefilterter Strahlung verschieden ist, kann bei dem gleichen biologischen Material und den gleichzeitig angestellten Versuchen nur eine physikalische Ursache haben. Wahrscheinlichkeitsberechnungen, welche Dessauers Punktwärmehypothese, aber ebenso Crowthers Ionisierung des getroffenen Moleküls zugrunde legten, kamen, wenn sie sich auf eine Wellenlänge beschränkten, zu derselben Endformel, wobei noch die Vorstellung wesentlich ist, daß ein bestimmter Teil des Zellvolumens besonders strahlenempfindlich ist und von den bei der Absorption der Röntgenstrahlen befreiten Elektronen getroffen wird. Dabei ist nach Art des biologischen Objektes die Zahl der zum Zelltode erforderlichen Treffer verschieden. Wird sie nicht erreicht oder die Zelle außerhalb des strahlenempfindlichen Bereiches getroffen und nur geschädigt, so treten in späteren Entwicklungsstadien Mißbildungen auf. Beim weiteren Ausbau der Theorie auf verschiedene Strahlungsqualitäten konnte man die Annahmen aufstellen: 1. die Zahl der zum Zelltod erforderlichen Treffer ist indirekt proportional der mittleren Energie des stoßenden Elektrons; 2. die Wahrscheinlichkeit des Getroffenwerdens ist direkt proportional der Zahl der Photo- und auch der Comptonelektronen. Als Folge des Elektronenbombardements treten chemische Umsetzungen in der Zelle (z. B. Eiweißgerinnung) auf, welche deren Tod zur Folge haben. Besonders wenn die biologische Variabilität zweier verschiedener Objekte verglichen werden soll, sind möglichst homogene Röntgenstrahlen zu verwenden, da die Schädigungskurve durch einen physikalischen und einen biologischen Faktor bedingt ist. Nach physikalischen Gesichtspunkten ist die tödliche Trefferzahl für den strahlenempfindlichen Zellteil immer die gleiche. Zur Erzielung des biologischen Effektes ist jedoch nötig, daß sie innerhalb eines Zeitraums erfolgt, welcher der Zelle keine Erholung ermöglicht. Die Theorie bietet die Möglichkeit, die Größe des strahlenempfindlichen Bereiches der Zelle zahlenmäßig zu bestimmen. Das Größenverhältnis zwischen strahlenempfindlichem Bereich und Zellkern läßt vermuten, daß als Träger der Strahlenempfindlichkeit die Chromosomen anzusehen sind. Die Abhängigkeit der Form der Schädigungskurve von der Wellenlänge der Röntgenstrahlen bei Versuchen mit Bohnenkeimlingen ist bei den Versuchen von Holthusen und Liechti an Askariseiern nicht nachgewiesen worden. E. Kottmaier-Mainz.

Freund, F.-Wien: Entzündungsprophylaktische Röntgenbestrahlung. Strahlenther., Bd. 33. H. 2. S. 375.

Entzündungsprophylaktische Bestrahlungen bewirkten Entzündungshemmung der bestrahlten Stelle, weil entgegen der bisherigen Annahme die Entzündungszellen nicht etwa aus der Blutbahn in das entzündete Gewebe einwandern, sondern sich an Ort und Stelle aus Bindegewebszellen unter der Einwirkung entzündlicher Reize entwickeln. Dies scheint nicht nur für die proliferativen Formen der Entzündung, sondern auch für die Herkunft der Eiterzellen bei akuten Entzündungen zu gelten, wenn auch über das Ausmaß dieses Vorganges bei entzündlichen Prozessen noch große Meinungsverschiedenheiten bestehen. Die Umwandlung normaler Mutterzellen in Entzündungszellen, ähnlich der Entstehung der Tumorzellen, bietet die Möglichkeit lokaler Beeinflussung durch Röntgenstrahlen. Dabei spielt der Umstand eine große Rolle, daß abweichend von den Tumorzellen ein großer Teil der örtlich entstandenen Entzündungszellen sich zu den Mutterzellen des Bindegewebes zurückzubilden vermag. Diese Fähigkeit und die der Vermehrung und längeren Erhaltung besitzen nur die rundkernigen Zellen, welche ihr destruierendes Eigenleben bei tödlich verlaufenden akuten und chronischen Infektionskrankheiten bis zum Tode des Organismus fortführen können, während die segmentkernigen nach kurzer Zeit im Gewebe zugrunde gehen. Die Röntgenstrahlen hatten postoperativ bei 8 H (75% der

Digitized by Google

HED) 0,5 Zn, 3 MA, 160 KV max. (400 R) 30 cm FHA an unvernähten Schnittwunden der Bauchhaut des Kaninchens im bestrahlten Bereich eine Heilung nach Art der prima Intentio zur Folge, während im unbestrahlten Bereich derselben Wunde die Heilung per secundam durch Granulation erfolgte. Die Beobachtung wurde nach 5 Tagen gemacht. Ebenso wird die initiale traumatische Entzündung, welche stets die Frakturheilung einleitet, durch Vorbestrahlung verringert. Ätzwunden an beiden Hornhäuten von Fröschen ließen auf der sogleich nachbestrahlten Seite einen völlig oder fast völlig begrenzten Ätzschorf erkennen, während auf der unbestrahlten Seite ein Infiltrationshof auftritt. Es ist zu beachten, daß bei der gefäßlosen Hornhaut zu Beginn einer zentralen Hornhautentzündung Entzündungszellen nur lokal entstehen können. E. Kottmaier-Mainz.

Palugyay, J.-Wien: Zur Indikation und Technik der Röntgenbestrahlung bei akuten und chronischen unspezifischen Entzündungen. (II. chir. Univ.-Kl.) W. m. W., 1929, Nr. 30, S. 963.

Allgemeiner Kenntnis erfreuen sich wohl nur die günstigen Erfahrungen der Röntgenbestrahlung bei Furunkulose und Schweißdrüsenabszessen. Aber nach Verf. sind mit Ausnahme der Eiterungen in starren Höhlen alle Kokkeninfektionen der Haut geeignet. Die Dosis richtet sich nach der Aktivität und der Ausbreitung des entzündlichen Prozesses und steht im umgekehrten Verhältnis zu ihnen. Richtschnur ist, ganz kleine Dosen zu nehmen, im allgemeinen nicht über 10% der HED, welche nach 6 Tagen wiederholt werden können. H. Lippert-Köln.

Druckmann, A.-Jerusalem: Schlafsucht als Folge der Röntgenbestrahlung. Beitrag zur Strahlenempfindlichkeit des Gehirns. (Univ.-Röntgeninst. des Hadassah-Hospitals.) Strahlenther., Bd. 33, H. 2, S. 382.

Um die Bestrahlungszeit bei den häufigen Trichophytie-Erkrankungen des Kopfes abzukürzen, wurde die Scheitelspannung bei 8 MA auf 150 KV erhöht. FHA war 30 cm, jedes der drei sagittalen und zwei seitlichen Felder erhielt unter 0,5 mm AL-Filter 6 H. Meist wurde ein Feld pro Tag bestrahlt. Von der Überkreuzungsmethode wurde bei der hohen Spannung abgesehen. Die nicht zu bestrahlenden Felder wurden abgedeckt. Dabei zeigte die nach 14—18 Tagen einsetzende Epilation doch an den Felderrändern in der Breite von einigen Millimetern Streifenbildung. Bei einem Teil der Kinder traten aber 6—8 Wochen nach der Bestrahlung Gehirnerscheinungen in Form von Kopfschmerzen und Schlafsucht auf, welche anfangs eine Temperaturerhöhung bis 38,5 brachten. Dieser Zustand dauerte 4—6, in schweren Fällen 14 Tage und verschwand vollständig. Wenige Fälle hatten erhöhten Liquordruck. Die Kinder litten an Stuhlverstopfung, Urin und Blutbefund waren normal. Es handelt sich um 30 Fälle unter 1100 Bestrahlten. Die Kinder standen im Alter von 5—12 Jahren. Eine Spätschädigung konnte in den verflossenen vier Jahren weder in körperlicher noch geistiger Beziehung konstatiert werden. Mit der Einführung der niedrigen Spannung — 70 KV Scheitelspannung, 5 MA, 25 cm FHA bei überkreuzten Feldern, 0,5 Al-Filter, 6 H im Zentrum, 3 H an der Peripherie — hörten sofort die Fälle von Schlafsucht auf. E. Kottmaier-Mainz.

Tagesgeschichtliche Nachrichten

Prof. V. Klingmüller, Direktor der Univ.-Hautklinik Kiel, feiert am 15. Januar den 60. Geburtstag.

Prof. Pautrier in Straßburg i. E. feierte das zehnjährige Jubiläum seiner dortigen Wirksamkeit.

Gestorben: San.-Rat Dr. Samuel Jessner, Lektor für Sexualwissenschaft in Königsberg i. Pr.;

Prof. Louis Philippson, Direktor der dermatologischen Klinik in Palermo.

R.

Nachdruck (auch des Abschnittes „Tagesg. Nachr.") ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt

Verantwortlich für die Redaktion: für Originalabhandlungen und T.N.: Prof. Dr. J. H. Rille, Leipzig. Für den Referatenteil: Dr. Fritz Callomon, Dessau

Digitized by Google

Dermatologische Wochenschrift

Nr. 3 (Bd. 90) 18. Januar 1930

Aus dem Ostroumov-Stadtkrankenhause in Moskau

Die Silberreaktion an der Hautoberfläche bei Vitiligo und bei anderen Pigmentationsstörungen. Reflexionen über die erhöhte, wie herabgesetzte Sensibilität bei Vitiligo[1])

Von

Dr. D. L. Woronoff

Mit 1 Abbildung im Text

Durch eine Reihe von Untersuchungen überzeugten wir uns von der Beständigkeit folgender Erscheinungen (Versuch 1): Wenn man einen Streifen Fließpapier mit einer 5—6%igen Lösung von Argentum nitricum befeuchtet und derart auf einen Vitiligofleck legt, daß die eine Hälfte des Streifens auf die depigmentierte, die andere auf die hyperpigmentierte Partie zu liegen kommt (Abb. 1a), so sieht man nach 5—8 Minuten, während welcher Zeit der Streifen feucht erhalten werden muß, daß nach Entfernung des Streifens sich eine allmählich stärker werdende Schwarzfärbung des angefeuchteten, hyperpigmentierten Hautbezirkes einstellt. Der depigmentierte Bezirk bleibt unverändert (Abb. 1b), der angefeuchtete Fließpapierstreifen hinterläßt hier keine Spuren, oder nur nach längerer Zeit ein kaum sichtbares Dunklerwerden der Haut. (Der Versuch muß bei schwacher Beleuchtung ausgeführt werden, s. Versuch 3. Der Fließpapierstreifen ermöglicht eine gleichmäßige Anfeuchtung der Haut.)

Die gleiche Erscheinung beobachtet man auch bei peripapulöser Depigmentierung, bei Suttonschem Leucoderma centrifugum, d. h. in allen Fällen, wo ein mehr oder weniger vollständiger Verlust des Pigments vorliegt. Bei Leukoderma verschiedenen Ursprungs, wo es bekanntlich zu keinem vollkommenen Verlust des Pigments kommt, ist bei derartigen Versuchen der Unterschied hinsichtlich des Grades der Schwarzfärbung des pigmentierten Hautbezirkes und des leukodermischen Fleckes zuweilen recht deutlich sichtbar, aber weniger ausgesprochen als bei Vitiligo. Untersucht man einen hyperpigmentierten Geburtsfleck in der gleichen Weise, so färbt sich der hyperpigmentierte Bezirk des Fleckes intensiver schwarz als der Bezirk der benachbarten, normal pigmentierten Haut. Den gleichen Unterschied kann man beobachten, wenn man den mit der Argent.-nitricum-Lösung angefeuchteten Fließpapierstreifen auf den Rand

[1]) Vorgetragen in der Moskauer Venerologisch-Dermatologischen Gesellschaft am VI. 1928.

Digitized by Google

des pigmentierten Warzenhofes der weiblichen Brust, besonders bei schwangeren Frauen, legt. Es ergab sich aus diesem Versuche, daß die Schwarzfärbung der Hautoberfläche unter dem Einfluß von Argent. nitricum dem Grade ihrer Pigmentierung parallel verläuft.

(Versuch 2.) Wenn man den zu untersuchenden Bezirk der Hautoberfläche, z. B. den Rand eines vitiliginösen Fleckes mit Wasser und Seife wäscht, darauf mit Spiritus und Äther abreibt, d. h. denselben entfettet, und nun den oben beschriebenen Versuch anstellt, so erhält man ebenfalls eine Schwarzfärbung der hyperpigmentierten Haut, während die depigmentierte weiß bleibt. Dieses bestätigt, daß die Reaktion nicht von den in der Hautoberfläche befindlichen Substanzen, sondern ausschließlich vom Zustande der Hornschicht selbst abhängt. (Es besteht bei verschiedenen Autoren die Ansicht, daß die Schweiß- und Talgabsonderung der weißen und dunklen Stellen bei Vitiligo von verschiedener Intensität sein kann, was die meisten Autoren jedoch nicht erwähnen.)

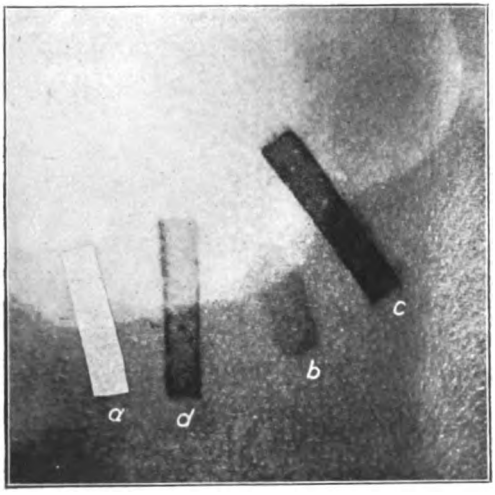


Abb. 1. Randzone des Vitiligoflecks. a Ein Streifen mit Arg. nitr. angefeuchteten Fließpapiers. b Schwarze Färbung nur einer Hälfte. c Nach künstlicher Reduktion. d Nach Liegen des Streifens: im depigmentierten Teile Reizerscheinungen durch Ansammlung der Flüssigkeit, besonders in den Randpartien (die entzündliche Rötung erscheint auf der Aufnahme schwarz); im hyperpigmentierten Teile ist die Schwärzung auch an den Rändern deutlicher ausgesprochen

Ferner ist noch folgender Versuch von Interesse (3): Wenn man den Rand eines vitiliginösen Fleckes, in der angegebenen Weise, während einiger Minuten befeuchtet und denselben, nachdem er abgetrocknet ist, der Einwirkung ultravioletter Strahlen aussetzt, so tritt sofort eine gleichstarke Schwarzfärbung auf dem hyper- und dem depigmentierten Hautbezirke ein. Das gleiche Resultat wird erzielt, wenn man den vorher mit Argent. nitricum befeuchteten Hautbezirk mit reduzierenden Flüssigkeiten behandelt (Abb. 1c). Bei diesen Versuchen kommt es nicht durch die biologischen Fähigkeiten der Haut, sondern auf künstlichem Wege zur Reduktion, woher dieselbe sowohl auf der pigmentierten, wie auch auf der depigmentierten Haut gleich ist. Dieser Versuch zeigt ferner, daß die Imbibition der Hornschicht des depigmentierten und des hyperpigmentierten Hautbezirkes mit der Argent.-nitricum-Lösung gleich ist, weshalb die Schwarzfärbung bei künstlicher Reduktion gleichmäßig ist. Wenn man es dem Silber überläßt, sich ohne die Einwirkung von Licht und entsprechenden Flüssigkeiten zu reduzieren, so wird das in die Hornschicht eingedrungene Silber nur im hyperpigmentierten Hautbezirk, nicht aber im depigmentierten reduziert, wie die oben beschriebenen Versuche zeigen.

Digitized by Google

Wir sehen also, daß zwischen der Fähigkeit der Hautoberfläche, durch die Reduktion des Silbers schwarz zu werden, und der Pigmentierung der Haut ein Parallelismus besteht. Der depigmentierten Haut geht die spezifische Fähigkeit, das Silber an ihrer Oberfläche zu reduzieren, ab.

Aus der histologischen Technik ist uns die Silberreaktion auf das Pigment Melanin gut bekannt. Zieht man in Betracht, daß sich bei unseren Versuchen nur die pigmentierte Haut schwarz färbt, und zwar desto intensiver, je stärker sie pigmentiert ist, so liegt die Annahme nahe, daß diese Reaktion der Hautoberfläche auf das Vorhandensein von Melanin zurückzuführen ist. Bekanntlich reduziert Melanin Metallsalze und am leichtesten Silber aus Salpetersäureverbindungen, auf dieser Tatsache beruht auch die histologische Reaktion. Es herrscht die Ansicht, daß nicht nur das native Melanin, sondern auch die ungefärbten Formationsprodukte des Melanins Silber reduzieren können [Schreiber und Schneider (1) u. a.]. Dieser Standpunkt kann jedoch noch nicht als bewiesen angesehen werden, da Br. Bloch (2) darauf hinweist, daß ihm die Versilberung an den Stellen nicht gelang, wo in den nativen Schnittpräparaten das fertige Pigment vollkommen fehlte. Aus den Versuchen, Chromatophoren zu versilbern, geht hervor, daß Zerfallsprodukte des Melanins die Fähigkeit besitzen, das Silber zu reduzieren. Hieraus folgt, daß die Fähigkeit der Hornschicht der pigmentierten Haut, das Silber zu reduzieren, welche in meinen Versuchen zutage trat, augenscheinlich auf das Vorhandensein von Melanin oder seiner Zerfallsprodukte zurückzuführen ist. Ferner ist bekannt, daß die Reduktionsreaktion für Melanin nicht spezifisch ist, denn sie kann natürlich auch durch andere Substanzen, durch Zellen und Gewebe, hervorgerufen werden, tritt aber in diesem Falle viel schwerer und später ein.

Bekanntlich liegt das Melanin in der Basalschicht der Epidermis, und nur bei stark pigmentierten Individuen befindet es sich im Stratum Malpighii. Bei den dunkelhäutigen Rassen kann das Pigment auch in oberflächlicheren Schichten der Epidermis vorkommen. Der Pigmentgehalt in der Hornschicht wird bei den weißen Rassen meist ignoriert, jedoch scheint mir, daß das in der basalen Schicht des Epithels vorhandene Pigment, da gewisse Mengen desselben auch in oberflächlichere Schichten eindringen können, auch bei der weißen Rasse in den höhergelegenen Zellen, darunter auch in der Hornschicht, biochemische Einflüsse auslösen kann. Beim Wachstum der Epidermis werden durch die Vorwärtsbewegung der Zellen Zerfallsprodukte des Pigments z. T. in die Höhe gefördert und in die verhornenden Zellen eingeschlossen. Meyer (3) weist darauf hin, daß die Hornschicht durch Schelferung in hohem Maße an der Entfernung des Pigments beteiligt ist. In den Fällen von Vitiligo kann man sich leicht davon überzeugen, daß die Hornschicht tatsächlich gefärbte Zerfallsprodukte des Pigments, vielleicht sogar natives Pigment enthält. Zu diesem Zweck schabt man mit einem Skalpell ein wenig von den Hornmassen von einem pigmentierten Hautbezirk auf ein Stück weißen Papiers und wiederholt dieses an einem depigmentierten Fleck. Schon mit bloßem Auge sieht man den Unterschied, die vom depigmentierten Fleck stammenden Hornmassen sind weiß, die von der pigmentierten Haut stammenden sind dunkler, leicht bräunlich gefärbt. Mit

Digitized by Google

diesen Hornmassen können wir dann die Reduktionsreaktion, sozusagen in vitro, vornehmen (Versuch 4). Das Abschabsel der Hornhaut von der pigmentierten Haut und vom depigmentierten Fleck wird jedes für sich auf ein Uhrglas geschüttet und jedem werden einige Tropfen einer Argent. nitricum-Lösung zugesetzt. Die von der pigmentierten Haut abgeschabten Schuppen beginnen recht bald, d. h. nach 5—15 Minuten, sich braun zu färben und werden dunkel, fast schwarz, während die Schuppen vom depigmentierten Fleck weiß bleiben. Letztere werden erst nach mehreren Stunden schwarz, wenn die nicht spezifische Reduktion des Silbers einsetzt.

Legt man den mit Argent. nitricum angefeuchteten Fließpapierstreifen auf einen Pigmentfleck, der durch Ablagerung von Hämosiderin (Hämosiderinflecken) hervorgerufen ist, z. B. auf Petechien, auf die Flecken bei der Schambergschen Krankheit (1. Fall) u. a., so erhält man auf den Hämosiderinfleck keine stärkere Schwarzfärbung als auf der normal pigmentierten Haut, was ja auch zu erwarten ist. Hierauf fußend, kann man, wie mir scheint, mit Hilfe dieser einfachen Methode die Natur eines Pigmentfleckes feststellen, d. h. man kann Hämosiderinflecke von Melaninflecken unterscheiden, ohne zur Biopsie schreiten zu müssen. Zu diesem Zwecke muß man einen mit Argent. nitricum befeuchteten Fließpapierstreifen zur Hälfte auf den Rand des zu untersuchenden Fleckes, zur anderen Hälfte auf die benachbarte, normal pigmentierte Haut legen. Handelt es sich um einen Melaninfleck, so wird sich der mit Argent. nitricum befeuchtete Teil des Fleckes stärker schwarz färben als die normal pigmentierte Haut, während diese Erscheinung nicht beobachtet wird, wenn ein Hämosiderinfleck vorliegt.

Kreibich (4) wies in den Jahren 1908—1910 darauf hin, daß sich bei Vitiligo verschiedene Ausschläge elektiv auf den dunklen Bezirken lokalisieren und die weißen verschonen. So beobachtete er in einem Falle ein Ekzem, daß die pigmentierte Haut, besonders aber die hyperpigmentierte Randzone befallen hatte, die depigmentierten Flecke aber frei ließ. In einem anderen Falle lagen die psoriatischen Plaques besonders dicht in der hyperpigmentierten Zone und flossen stellenweise in einen ununterbrochenen Streifen zusammen, während auf den depigmentierten Flecken nur einzelne Effloreszenzen beobachtet wurden. Kreibich nahm in einem Falle von Vitiligo mit chronischer Urtikaria eine künstliche Reizung der Haut mit Krotonöl vor, und erhielt eine heftige Reizung der hyperpigmentierten Haut, und eine schwache Reizung des depigmentierten Fleckes[1]). Er schließt hieraus: „Aus obigem Versuch geht hervor, daß die pigmentierte Randzone vitiliginöser Stellen überempfindlich ist. Da sich auf der normalen Haut mehr Bläschen befanden, als über der Vitiligo, so sind wir geneigt, auch eine Unterempfindlichkeit des Vitiligo anzunehmen". Er nimmt, „ganz allgemein ausgedrückt, an, daß letztere in allen Fällen ein Ausdruck der herabgesetzten Trophik ist, und für jene, welche in der Vitiligo eine nervöse Erkrankung erblicken, wohl ein Symptom der nervösen Störung bedeutet".

[1]) Die gleiche herabgesetzte Sensibilität beobachtete Autor bei syphilitischer Leukoderma und in der die luetischen Papeln umgebenden Zone.

Digitized by Google

Diese Beobachtungen KREIBICHS wurden durch spätere Arbeiten Anderer bis zu einem gewissen Grade bestätigt. Eine genügende Erklärung derselben ist aber bisher noch nicht gefunden worden.

So spricht KÖNIGSTEIN (5) nur von einer Veränderung der Sensibilität des Vitiligo gegen Reizmittel. SCHULTZ (6) untersuchte im Jahre 1912 die Sensibilität der Haut mit konzentrierter Karbollösung und stellte bei 3 unter 5 Fällen fest, daß die Haut der weißen Flecke und die pigmentierte Haut verschieden reagierte. HANAWA (7) (1913) konstatierte in 4 Fällen von Vitiligo eine herabgesetzte Sensibilität gegen Krotonöl. JADASSOHN gibt an, daß die weißen Flecke bei Vitiligo gegen das Sonnenerythem empfindlicher sind, gegen verschiedene Hautreizmittel aber widerstandsfähiger und, z. T. von Hautausschlägen verschont werden. HANAWA führt folgende Erwägung JADASSOHNS zur Erklärung dieser Erscheinung an: die vitiliginösen Flecke werden von den Sonnenstrahlen stärker geschädigt als die pigmentierte Haut, da sie nicht durch Pigment geschützt werden. Häufig tritt das Lichterythem bei Kranken mit Vitiligo nur auf den depigmentierten Flecken auf. Infolge der häufigeren Reizung durch Entzündungen erlangen die vitiliginösen Flecke eine größere Resistenz gegen Reizmittel, als die pigmentierte Haut. HANAWA gibt an, daß weiße Tiere widerstandsfähiger sind als pigmentierte, und daß die weißen Hautbezirke bei bunten Tieren weniger empfindlich sind als die dunklen. Diese Erscheinung bei Tieren ist seiner Ansicht nach bis zu einem gewissen Grade ebenso zu erklären, wie die Unterempfindlichkeit bei Vitiligo. Von Interesse ist auch die Beobachtung KÖNIGSTEINS (8), die ich leider nur aus dem Referat kenne, daß die pigmentierten und nichtpigmentierten Hautbezirke bei Tieren verschieden schnell resorbieren. Er stellte fest, daß die weißen Flecke das Jod aus einer Jodionensalbe oder aus einer Jodnatriumlösung schneller resorbieren, als die schwarzen, was von den Eigenschaften der Haut abhängt, da bei subkutaner Einführung die Ausscheidung des Jods bei verschieden gefärbten und bunten Tieren gleich schnell erfolgte. Es läßt sich also ein verschiedenes Verhalten der pigmentierten und depigmentierten Hautbezirke gegen die Umwelt feststellen. Was die Ursache dieser Herabsetzung der Sensibilität der vitiliginösen Flecke ist, läßt sich schwer entscheiden. Es ist noch nicht klargestellt, ob hier trophische Einflüsse eine Rolle spielen, wie KREIBICH meint. Zweifellos können wiederholte Reizungen durch Licht eine Herabsetzung der Sensibilität der vitiliginösen Flecke nach sich ziehen, wie JADASSOHN annimmt, es kommt also zur sogenannten polyvalenten Gewöhnung. MEYER (9) hat dieses vor kurzem durch seine Untersuchungen bewiesen, indem er durch wiederholte Reizungen mit Strahlenenergie eine Gewöhnung der depigmentierten Flecke nicht nur gegen Licht, sondern auch gegen chemische heterologische Reizmittel hervorrief.

Außer diesen Erklärungen kann, wie mir scheint, auf Grund meiner oben angeführten Versuche noch eine Hypothese aufgestellt werden. Bekanntlich ist die Hautoberfläche befähigt, gewisse chemische Wechselbeziehungen mit der Umwelt einzugehen, sie kann verschiedene chemische Verbindungen oxydieren und reduzieren. Im Jahre 1917 schlug C. BRUCK (10) sogar eine besondere Methode zur funktionellen Untersuchung des Chemismus der Hautoberfläche vor, besonders zur quantitativen Messung des

Digitized by Google

Säuregrades (mit Phenolphtalein) und der reduzierenden Fähigkeiten (mit einer Lösung von Kal. hypermang.). Mir scheint, daß das Pigment an und für sich den Gang der Reaktionen, die auf der Hautoberfläche bei Berührung mit verschiedenen, von außen herantretenden Substanzen zustande kommen, beeinflussen kann.

Wenn die Hautoberfläche, d. h. die Hornschicht der pigmentierten Haut befähigt ist, das Silber stärker zu reduzieren, als die depigmentierten Hautbezirke, wie die oben angeführten Versuche beweisen, so halte ich mich für berechtigt anzunehmen, daß der gleiche Umstand auch eine Reihe anderer Reaktionen, die an der Hautoberfläche bei Berührung mit verschiedenen Substanzen zustande kommen, beeinflußt, was wieder eine mehr oder weniger ausgesprochene Reizung der Haut hervorrufen kann. Bei Anwendung stärkerer Lösungen von Argent. nitricum, beobachtete ich auf der depigmentierten Hautoberfläche das Auftreten eines weißen Belages von Albuminaten, kleiner vesikulöser Effloreszenzen und einer entzündlichen Rötung, während eine Schwarzfärbung ausblieb (Abb. 1d). Auf der pigmentierten Haut dagegen kam es nur zu einer Schwarzfärbung. Zuweilen kam es auf den weißen Bezirken weder zu einer Schwarzfärbung, noch zu einer Reizung, während auf dem dunklen Bezirke beides, die Schwarzfärbung und die Reizung, auftrat. So stellte sich bei meinen Versuchen nicht nur ein Unterschied im Grade der Schwarzfärbung, sondern auch ein gewisser Unterschied im Charakter der Hautreizung, der allerdings nicht beständig war, auf den weißen und den dunklen Bezirken nach Behandlung mit der gleichen Lösung heraus.

Auf Grund des Gesagten erklären sich die Eigentümlichkeiten der Lokalisation von Reizerscheinungen und Ausschlägen bei Vitiligo nicht durch Besonderheiten der Sensibilität der weißen und dunklen Hautstellen, sondern dadurch, daß die dunklen und hellen Hautbezirke tatsächlich dem Einfluß verschiedener Substanzen unterworfen werden[1]: die von außen einwirkende Substanz wird schon in den obersten Schichten der Epidermis, der Hornschicht, je nach dem Vorhandensein oder Fehlen des Pigments bis zu einem gewissen Grade verändert, ehe sie bis zu den tiefen sensiblen Schichten des Epithels, oder der eigentlichen Haut gelangt. Auf diese Weise kann das Vorhandensein von Pigment in der Haut, dadurch, daß eine gewisse Menge desselben auf die Hautoberfläche gelangt, die ihrerseits mit den Einflüssen der Umwelt in Berührung kommt, die Wechselwirkung zwischen der Haut und den von außen einwirkenden Substanzen beeinflussen. Dieser Umstand kann den Charakter der Lokalisation einiger Reizerscheinungen erklären. Zum Schlusse will ich noch daran erinnern, daß das Pigment zuweilen einen gewissen Einfluß auf die Lokalisation endogener Ausschläge ausübt: Pigmentflecke bilden zuweilen gewissermaßen das Zentrum, um welches der Krankheitsherd auftritt und sich das Infiltrat bildet. So habe ich persönlich Ge-

[1]) Ich will jedoch durchaus nicht durch diesen Umstand allein die Eigentümlichkeiten der Sensibilität bei verschiedenen De- und Hyperpigmentationen erklären. Die Frage der Sensibilität ist sehr kompliziert. Meiner Überzeugung nach hängen die Sensibilitätsveränderungen beim Leukoderma und in der Randzone der Papeln von anderen Ursachen ab, als die Sensibilitätsveränderungen bei Vitiligo (s. Russkij Westnik Dermatol. 1927, Bd. 5, S. 1017).

Digitized by Google

legenheit gehabt, einen Fall von fixiertem Salvarsanexanthem zu beobachten [Vracebnaja gazeta, 1924, Nr. 4 (russ.)], welches sich nach jeder Infusion von „914" in Form einer Urtikariablase um einen Lentigoherd von Hirsekerngröße auf der Wange bildete.

Literatur

1. Schreiber u. Schneider, M. m. W., 1908, S. 1918. — 2. Br. Bloch, Handb. Jadassohn, Bd. 1, S. 450. — 3. Meyer, Derm. Zschr., 1921. — 4. Kreibich, Arch. f. Derm., 1908—1910, Bd. 93, S. 59; Bd. 103, S. 133. — 5. Königstein, W. kl. W., 1910, S. 1745. — 6. Schultz, Arch. f. Derm., Bd. 113. — 7. Hanawa, Derm. Zschr., 1913, Bd. 20, S. 761. — 8. Königstein, ref. Derm. W., 1923, S. 1047. — 9. Meyer, Arch. f. Derm., Bd. 147, S. 238. — 10. C. Bruck, Derm. W., Bd. 65, S. 823. — 11. Woronoff, Russkij Westnik Dermatologii, 1927, Bd. 5, S. 1017.

Aus der Dermatologischen Universitätsklinik zu Breslau
(Direktor: Geheimrat Prof. Dr. Jadassohn)

Die Ergebnisse der zweiten Laboratoriumskonferenz über die Serodiagnose der Syphilis in Kopenhagen

Von

Prof. Dr. H. Martenstein

Einer Anregung der Hygieneorganisation des Völkerbundes folgend, der ich auch die notwendigen Unterlagen (der offizielle Bericht über die Konferenz [in englischer Sprache] ist durch Carl Heymanns Verlag, Berlin W 8, Mauerstr. 44 zu beziehen) verdanke, habe ich es im folgenden unternommen, zusammenfassend über die durch die Arbeit der obengenannten Konferenz erzielten Ergebnisse zu berichten.

Die vom Hygienekomitee inaugurierten vergleichenden Untersuchungen über die Zuverlässigkeit der zur Serodiagnostik der Lues benutzten verschiedenen Methoden gehen bis auf das Jahr 1921 zurück. Die in den ersten Jahren angewandten Arbeitsmethoden ergaben keine brauchbaren Resultate. Zuerst wurden in acht staatlichen Untersuchungsanstalten (Berlin, Brüssel, Frankfurt a. M., Heidelberg, Kopenhagen, London, Oxford und Wien) je 1000—4000 Sera aus dem eigenen Material mit der WR, SGR, MR (DM) und der SR geprüft. Da die an den einzelnen Untersuchungsstellen festgestellten Ergebnisse erheblich voneinander abwichen, ging man dazu über, dieselben Sera, deren Versendung das staatliche Serum-Institut in Kopenhagen (Direktor: Prof. Madsen) übernahm, in den verschiedenen Instituten untersuchen zu lassen. Als auch diese Methode nicht zu einem befriedigenden Ergebnis führte, veranstaltete das Hygienekomitee des Völkerbundes eine Laboratoriumskonferenz im staatlichen Serum-Institut in Kopenhagen (19. XI. bis 3. XII. 1923), bei der eine Reihe von Untersuchern unter gleichen Bedingungen (gleiches Untersuchungsmaterial mit gleichen Reagenzien am gleichen Ort) 536 Blutproben nach 12 verschiedenen Methoden, und zwar nach Wassermann (8 Modifikationen), Meinicke (DM und MTR), Sachs-Georgi und Sigma untersuchte. Das Ergebnis dieser Laboratoriumskonferenz wurde in folgende

Digitized by Google

Richtlinien zusammengefaßt: Keine der angewandten Flockungsreaktionen kann die WR ersetzen. Diese ergibt durchschnittlich die größte Anzahl positiver Ergebnisse bei Syphilis. Es wird jedoch empfohlen, gleichzeitig mit der WR eine Flockungsreaktion auszuführen, da in einer Anzahl von Fällen, in denen mehrere Flockungsreaktionen ein positives Resultat ergaben, die WR negativ ausfiel.

Da in der Folgezeit auf Grund der in Kopenhagen gewonnenen Erfahrungen die auf der Konferenz angewandten Methoden verbessert und einige neue Serumreaktionen nach neuen Grundsätzen ausgearbeitet wurden, entschloß man sich, auf einer zweiten Laboratoriumskonferenz eine Überprüfung der im Jahre 1923 gewonnenen Resultate vorzunehmen. In der Zeit vom 21. V. bis 4. VI. 1928 fand diese zweite Laboratoriumskonferenz wieder am dänischen staatlichen Serum-Institut statt. An ihr nahmen bekannte Serologen aus 12 Ländern teil, aus Deutschland Prof. Dold (Reichsgesundheitsamt), Prof. Otto und Dr. G. Blumenthal (Institut „Robert Koch"), Prof. Jacobsthal und Fräulein Hauschildt (Allg. Krankenhaus St. Georg, Hamburg), Dr. E. Meinicke und Frau Ambrock i. W., Prof. H. Sachs und Dr. E. Witebsky (Krebsforschungsinstitut Heidelberg). Folgende 15 Verfahren wurden einer vergleichenden Untersuchung unterzogen:

7 Modifikationen der WR: a) Methode Medical Research Council Special Report Series Nr. 14, Method Nr. 1, ausgeführt durch Dr. E. Wyler unter Mitwirkung von E. Tweed. b) Methode de Blasi (von Prof. de Blasi selbst ausgeführt). c) Methode Calmette und Massol nach der Modifikation Debains für die Untersuchung aktiver Sera (Bearbeiter Prof. Debains). d) Methode Jacobsthal (Bearbeiter Prof. Jacobsthal unter Mitwirkung von Fräulein Hauschildt). e) Originalmethode (Bearbeiter Dr. G. Blumenthal). f) Originalmethode (Bearbeiter Dr. Pavlovitch unter Mitwirkung von Frau Kitchevatz). g) Methode Mc Intosh und Fildes (ausgeführt durch Dr. Sierakowski unter Mitwirkung von Fräulein Rabinowicz).

8 verschiedene Flockungsmethoden: a) Kahn-Reaktion (Bearbeiter: 1. Dr. H. Boas unter Mitwirkung von Fräulein Oejgaard. 2. Prof. Kahn). b) Meinickes Trübungsreaktion (MTR) (Bearbeiter Dr. E. Meinicke unter Mitwirkung von Frau Meinicke). c) Müllers Ballungsreaktion (MBR) (Bearbeiter Prof. R. Müller unter Mitwirkung von Frau Berczeller). d) Murata-Reaktion (Bearbeiter Dr. K. Nobechi). e) Sachs-Georgi-Citochol-Reaktion (Bearbeiter Dr. E. Witebsky). f) Sachs-Georgi-Lentochol-Reaktion (Dr. E. Witebsky). g) Modif. Sigma-Reaktion (Bearbeiter Dr. K. Norel). h) Vernes-Reaktion (Bearbeiter M. R. Bricq unter Mitwirkung von Fräulein M. Kerdal).

Wie aus dieser Zusammenstellung zu ersehen ist, verwendete jeder Teilnehmer nur ein Verfahren; 10 Methoden wurden von den Autoren selbst durchgeführt.

Zur Untersuchung gelangten 944 Blutproben und 122 Lumbalflüssigkeiten. Sie wurden der Konferenz von einer Anzahl dänischer Krankenhäuser und Heilanstalten zur Verfügung gestellt, sowie von Kliniken in

Digitized by Google

Berlin, Hamburg, London, Paris und Wien. Die Zusendung erfolgte durch Luftpost, dann wurden die Seren bis zu ihrer Verwendung in Eis aufbewahrt. Da das Alter der auswärtigen Seren 3—9 Tage betrug, die ländischen dagegen frisch verarbeitet wurden, konnten wie üblich alte und frische Seren untersucht werden. Erst nachdem die einzelnen Untersucher über das von ihnen festgestellte Resultat berichtet hatten, wurde die klinische Diagnose und der Herkunftsort bekanntgegeben. In den zahlreichen Fällen, in denen die klinische Diagnose zweifelhaft war, und in denen sich zwischen klinischem Befund und serologischem Resultat eine Divergenz ergab, wurden diese durch Dr. A. H. K. Corning sorgfältig durchuntersucht. Von Fällen mit negativem Befund und negativer Anamnese (in bezug auf Lues), deren Seren mit einer oder mehreren Untersuchungsmethoden ein positives Resultat ergaben, wurde nach Möglichkeit noch einmal Serum entnommen und untersucht.

Ergebnisse

A. Seren

Von den 944 Seren stammten 502 von Fällen mit sicher diagnostizierter Lues aller Stadien (behandelt und unbehandelt), 7 von solchen mit zweifelhafter Anamnese, die restlichen 435 Seren von Patienten, bei denen keinerlei Anzeichen für das Bestehen einer Syphilis sprach. Im einzelnen gruppierten sich die Fälle wie folgt:

Syphilisfälle: 502

Lues I	20	Lues congen.	10
Lues II	25	Tabes	30
Lues III	62	Dementia paral.	55
Lues lat.	300		

Kontrollen: 435 (442)

Gonorrhoe	101	Dementia praecox	24
Schwangere	75	Psoriasis	12
Tuberkulosen	61	Ulcus molle	11
Tumoren	27	Scharlach	8
Lupus vulg.	25	Varia	98

In dieser Zusammenstellung sind die 7 zweifelhaften Fälle nach ihrer klinischen Diagnose mit eingereiht. Außer gewissen klinischen Symptomen oder dem überwiegend positiven Ausfall der serologischen Untersuchungen, die das Vorliegen einer Lues wahrscheinlich machten, bestanden Lungen-, Larynx-Tuberkulose, Cholelithiasis + Cholecystitis, Gonorrhoe und Ulcus molle. Erfahrungsgemäß muß damit gerechnet werden, daß auch ein gewisser Prozentsatz der Kontrollen sich als syphilitisch infiziert erweist.

In den folgenden Tabellen 1 und 2 sind die Resultate zusammengestellt, wie sie von den Untersuchern sofort nach Abschluß der Untersuchung mitgeteilt wurden. Die 7 fraglichen Fälle sind dabei weggelassen worden, da die Erörterung der dabei beobachteten Befunde wohl nur für den Serologen von Interesse sein dürfte.

Digitized by Google

Tabelle 1. (Die verschiedenen Methoden sind ihrer Empfindlichkeit entsprechend geordnet worden)

Nr.	WR	Flockungsreaktion	Bei Syphilis positiv in Prozent	Nichtsyphilis positiv in Prozent
1	—	Müller-Ballungs-Reaktion	63,5 (499)[1])	0,2 (432)
2	—	Kahn (Autor)	61,1 (499)	— (434)
3	—	Kahn (Boas)	58,5 (502)	0,7 (435)
4	„Aktiv"-Methode (Debains)	—	53,0 (315)	10,4 (249)
5	Synoptische Methode (Jacobsthal)	—	52,8 (502)	6,7 (435)
6	Original-Methode (Blumenthal)	—	51,8 (502)	5,5 (435)
7	—	Murata	51,3 (497)	0,5 (432)
8	—	Sachs-Georgi-Citochol	51,2 (496)	— (427)
9	—	Sigma-Reaktion	51,2 (502)	1,4 (434)
10	—	Meinicke-Trübungs-Reaktion	49,0 (502)	2,1 (435)
11	Original-Methode (Pavlowitsch)	—	43,9 (501)	1,4 (434)
12	—	Sachs-Georgi-Lentochol	41,9 (497)	— (431)
13	Medical Research Nr.-1-Methode	—	41,8 (502)	— (435)
14	McIntosh-Fildes-Methode	—	38,8 (502)	— (435)
15	—	Vernes syphilimetrische Methode	38,4 (453)	0,5 (369)
16	de Blasi-Methode	—	28,2 (461)	3,3 (397)

Es sei hierbei noch einmal hervorgehoben, daß bei der Auswertung eines Untersuchungsverfahrens neben der Empfindlichkeit und Spezifität noch eine Reihe anderer Faktoren zu beachten ist: örtliche Verhältnisse, Alter der Sera, Apparatur, Schnelligkeit, Kosten usw. Ein direkter Vergleich aller benutzten Untersuchungsverfahren ist schon deshalb nicht möglich, weil leider eine erhebliche Anzahl von Seren nicht von allen Untersuchern geprüft wurde (vgl. die Zahl der jeweils untersuchten Fälle von Tabelle 1), und dann vor allem, weil nicht wenige der Seren von einer oder mehreren Methoden als positiv erfaßt wurden, während sie mit anderen negative Resultate ergaben.

B. Liquores

Von den 122 untersuchten Lumbalflüssigkeiten stammten 80%, von Syphilitikern, der Rest von Patienten mit anderen, hauptsächlich neurologischen Erkrankungen. Aus den verschiedensten Gründen (Trübwerden und Verunreinigung eines Teiles des Materials während des Transportes, teils unzureichende Liquormengen, so daß nur 67 Fälle von allen Untersuchern bearbeitet werden konnten) sind die bei dieser Untersuchung gewonnenen Ergebnisse nicht recht verwertbar. Man kann höchstens sagen, daß die besten Resultate mit der WR Methode Harrison-Wyler erzielt wurden und fast ebenso gute mit den Flockungsreaktionen von Müller und Kahn. Unspezifische Resultate wurden

[1]) Die hinter den Prozentzahlen in Klammern beigefügten Zahlen geben die Zahl der jeweils untersuchten Fälle an.

Digitized by Google

Tabelle 2. (Rubrizierung der Methoden nach ihrer Spezifität)

Nr.	WR	Flockungsreaktion	Bei Nichtsyphilis positiv in Prozent	Syphilis positiv in Prozent
[illegible] 2)[1])	—	Kahn (Autor)	—	61,1
[illegible] 3)	—	Sachs-Georgi-Citochol	—	51,2
[illegible] 12)	—	Sachs-Georgi-Lentochol	—	41,9
[illegible] (13)	Medical Research Nr.-1-Methode	—	—	41,8
5 (14)	McIntosh-Fildes-Methode	—	—	38,8
6 (1)	—	Müller-Ballungs-Reaktion	0,2	63,5
7 (7)	—	Murata	0,5	51,3
8 (15)	—	Vernes syphilimetrische Methode	0,5	38,4
9 (3)	—	Kahn (Boas)	0,7	58,5
10 (9)	—	Sigma-Reaktion	1,4	51,2
11 (11)	Original-Methode (Pavlovitsch)	—	1,4	43,9
12 (10)	—	Meinicke-Trübungs-Reaktion	2,1	49,0
13 (16)	de Blasi-Methode	—	3,3	28,2
14 (6)	Original-Methode (Blumenthal)	—	5,5	51,8
15 (5)	Synoptische Methode (Jacobsthal)	—	6,7	52,8
16 (4)	„Aktiv"-Methode	—	10,4	53,0

in 1 Fall nach dem Wassermann-Verfahren von Jacobsthal festgestellt und 8mal mit der Vernes-Reaktion, wobei aber zu berücksichtigen ist, daß gerade bei diesem photometrischen Verfahren naturgemäß die Ablesung bei Verwendung nicht klarer Lumbalflüssigkeiten sehr erschwert wird.

Um auch bei der Liquoruntersuchung zu brauchbaren Ergebnissen zu gelangen, wurde ein Aufenthalt Prof. Kahns in London dazu benutzt, um an einem Material von 555 Lumbalpunktaten einen Vergleich der Kahn-Reaktion mit dem Wassermann-Verfahren nach Harrison-Wyler vorzunehmen (10.—25. VII. 1928). Es handelte sich dabei um 508 Luesfälle und 47 Nichtluetiker. Da es sich trotz peinlichster Behandlung auch hierbei nicht vermeiden ließ, daß etwa die Hälfte aller Lumbalflüssigkeiten nicht ganz klar waren, teilt Harrison bei seiner Berichterstattung das Material in 2 Gruppen: 1. klare, 2. trübe Liquores.

Es ergaben sich positive Reaktionen in Prozent bei Syphilis:

	nach Kahn	nach Harrison-Wyler
Bei klaren Punktaten (317)	46,9	44,1
Bei trüben Punktaten (238)	48,1	51,3
Insgesamt	47,4	47,2

[1]) Die in Klammern beigefügten Zahlen bezeichnen die Rubrizierung der Methoden in Tabelle 1.

Digitized by Google

Während man also bei klaren Punktaten eine leichte Überlegenheit der KAHN-Reaktion feststellen kann, ist das Umgekehrte bei trüben Lumbalflüssigkeiten der Fall. Trotzdem in der Gesamtzahl der Hundertsatz bei beiden Reaktionen fast der gleiche ist, ist dieser Befund nicht dahin zu deuten, daß die eine Reaktion die andere ersetzen kann. Da in 211 Fällen beide Reaktionen positiv, in 30 dagegen Kahn positiv und Harrison-Wyler negativ und in 29 Kahn negativ und Harrison-Wyler positiv ausfielen, ergänzen sich beide Verfahren in ausgezeichneter Weise. Bei den Kontrollen wurden keine nennenswerten Abweichungen ermittelt, ebensowenig unspezifische Resultate. Leider erwies sich die gleichzeitige Vornahme der Zellzählung sowie einer Kolloidreaktion als undurchführbar.

Schlußfolgerungen

Da das auf der Konferenz bearbeitete Material an Lumbalpunktaten zu gering war, um einen Vergleich zwischen dem Wassermann-Prinzip und den Flockungsreaktionen zu erlauben, gelten die folgenden Richtlinien nur für das Blutserum.

1. Die besten Flockungsreaktionen sind den besten Komplementbindungsverfahren ebenbürtig, in ihrer Sensibilität sogar überlegen.

Die Verbesserung der ersteren während der letzten Jahre ist so groß, daß die MÜLLERsche Ballungsreaktion und die Kahn-Reaktion eine weit größere Anzahl positiver Resultate erzielten als die anderen Verfahren, ohne dadurch in ihrer Spezifität beeinträchtigt zu werden. Auch die mit der Citochol-Reaktion von SACHS-GEORGI erreichten Resultate sind so ausgezeichnet, daß sie sowohl hinsichtlich Empfindlichkeit als aus Spezifität, ebensowenig wie die beiden erstgenannten Reaktionen, von einem der anderen Verfahren annähernd erreicht werden. Die nach dem Wassermann-Prinzip arbeitenden Methoden HARRISON-WYLER und MC INTOSH-FILDES sind zwar auch völlig spezifisch, haben aber eine zu geringe Empfindlichkeit. Die anderen Wassermann-Verfahren dürften infolge ihrer relativ hohen Unspezifität (1,4—10,4 %) in der Praxis nicht genügend zuverlässig sein. Es muß aber besonders betont werden, daß die Flockungsreaktionen trotz der anscheinenden Einfachheit der Ausführung außerordentlich empfindlich gegenüber den geringsten Änderungen in der Versuchsanordnung sind, so daß sowohl die Durchführung der Reaktion als auch ihre Auswertung zu vielfachen Irrtümern Anlaß geben kann. Sie sind deshalb nur in der Hand des besonders erfahrenen Serologen von großem Wert.

2. Um ein möglichst zuverlässiges Resultat zu erhalten, empfiehlt es sich, wenigstens zwei verschiedene Verfahren nebeneinander anzuwenden.

3. Der Serologe sollte seine Resultate durch regelmäßige und häufige Zusammenarbeit mit dem Kliniker überprüfen, dessen Angaben über die Anamnese und den klinischen Befund für die Deutung der serologischen Resultate von großem Wert sind.

4. Da derselbe Patient nicht selten den behandelnden Arzt wechselt und sein Serum im Laufe der Zeit evtl. auch in verschiedenen sero-

Digitized by Google

logischen Instituten untersucht wird, ist die Durchführung einer einheitlichen Bezeichnung der serologischen Untersuchungsbefunde anzustreben. Ein negatives Resultat sollte als „—" oder „negativ" bezeichnet werden, eine Reaktion, die noch so stark positiv ist, daß sie erfahrungsgemäß in dieser Stärke nur bei sicheren Luesfällen beobachtet worden ist, sollte als „+" oder „positiv" bezeichnet werden. Alle anderen, weder positiven noch negativen, wären als ± zu werten. Natürlich bleibt es dem Serologen überlassen, diesen Bezeichnungen noch ergänzende oder erklärende Zusätze hinzuzufügen.

5. Es ist besonders hervorzuheben:

Daß trotz der Steigerung ihrer Empfindlichkeit die Reaktionen auch bei Vorliegen einer syphilitischen Infektion in gewissen Fällen negativ ausfallen können.

Daß eine positive Reaktion bei Fehlen einer sicheren Anamnese oder sicherer luetischer Symptome, nur dann anerkannt werden darf, wenn das Ergebnis durch wenigstens ein anderes serologisches Verfahren bestätigt wird.

Daß das gleichsinnige positive Ergebnis mehrerer Untersuchungsmethoden das Bestehen einer Lues mit einer an Sicherheit grenzenden Wahrscheinlichkeit sichert, außer in dem Fall, daß einer der wenigen wohlbekannten Prozesse vorliegt, die unspezifische Reaktionen verursachen können (Malaria, Lepra usw.).

6. Erhebliche Mißverständnisse ließen sich vermeiden, und der Wert der serologischen Befunde könnte erheblich gesteigert werden, wenn die Kliniker ihrerseits sorgfältig die diagnostische und therapeutische Verwendbarkeit dieser Befunde aufmerksam verfolgen wollten.

7. Da die serologischen Methoden zur Luesdiagnostik ständig verbessert werden, und da sie von außerordentlicher Bedeutung für die Volksgesundheit sind, ist es dringend erforderlich, daß die Hygiene-Organisation des Völkerbundes dieser Frage auch weiterhin ihre Aufmerksamkeit widmet und entsprechende vergleichende Untersuchungen auch in Zukunft ermöglicht.

8. Um den Serologen die Möglichkeit zu geben, am gleichen Material die Ergebnisse ihrer eigenen Methode mit denen anderer Untersucher zu vergleichen, wird angeregt, daß das dänische staatliche Serum-Institut als Zentralinstitut der Hygiene-Organisation des Völkerbundes die Arbeit der Laboratoriumskonferenz fortsetzt, indem es:

a) die Verteilung von Seren für Vergleichsprüfungen an die verschiedenen Laboratorien übernimmt,

b) auf Ersuchen selbst jedes zugesandte Serum untersucht oder zwecks vergleichender Überprüfung an verschiedene Untersuchungsstellen weitergibt,

c) in gleicher Weise den Austausch von Extrakten ermöglicht.

Literatur

Auf die bereits in deutscher Sprache erschienenen Publikationen über die Ergebnisse der Kopenhagener Konferenz sei noch besonders hingewiesen: H. Sachs, Med. Welt, 1928, S. 1261. — R. Müller, W. kl. W., 1929, S. 767, und Zbl. f. Haut- u. Geschlechtskrkh., 1929, Bd. 31, 1929.

Digitized by Google

Beitrag zur Technik der Krampfadernverödung

Von

Dr. Erich Steiner in Mähr.-Ostrau

Mit 1 Abbildung im Text

Vorausgesetzt, daß man es bei der Injektionsbehandlung der Krampfadern mit dem geeigneten Patienten und ebensolchem Injektionsmittel zu tun hat, ist als eine Vorbedingung für erfolgreiche Therapie die Tatsache anzusehen, daß die Injektionsflüssigkeit unverdünnt durch Blut in einen möglichst blutleeren Venenabschnitt gelangt. Dadurch wird eine intensive Gefäßwandschädigung und damit ein so festeres Haften der Thrombenmassen erzielt, was optimalen Effekt und möglichste Ausschaltung der Emboliegefahr bedeutet.

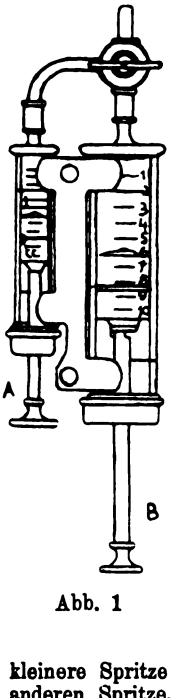


Abb. 1

Um diese Blutleere zu erreichen, werden verschiedene Wege angegeben. Im Prinzip gehen fast alle darauf hinaus, daß nach dem Einstich die Extremität eventuell durch die Assistenz hochgehoben, nach gelöster Stauung das Blut manuell ausgestrichen, dann durch Kompression weiterer Blutzufluß verhindert und jetzt erst injiziert wird. Das Emporheben des Beines und das manuelle Ausstreichen erfordern besondere Vorsicht, damit bei diesen Bewegungen die Lage der Kanüle nicht verändert wird. Nur eine geringe Verschiebung der Nadel kann eine paravenöse Injektion zur Folge haben. Manche verzichten auf das Emporheben des Beines und lassen durch die zunächst eingestochene Kanüle das Blut abtropfen. Auch hier besteht durch das nachherige Ansetzen der Spritze die Gefahr des Verrückens der Nadel, und das Abtropfen des Blutes bedeutet weder für den Arzt noch für den Patienten eine Annehmlichkeit.

Zur Vermeidung der genannten Gefahrsmomente und Schwierigkeiten, zur Erzielung eines guten Erfolges auf Grund möglichster Blutleere des zu injizierenden Venenabschnittes empfehle ich einen Apparat[1]), der aus zwei Rekord-Lorb-Injektionsspritzen (2 und 10 ccm) besteht, welche durch einen besonderen Halter aneinander fixiert und durch einen Zweiweghahn miteinander verbunden sind (s. Abb. 1). Das Prinzip dieser Vorrichtung bei der Anwendung in der Varizenverödung besteht in der Aspiration des Blutes aus dem gestauten Venenabschnitt mit der 10-ccm- und anschließender Injektion mit der 2-ccm-Spritze bei einmaligem Einstich.

Die Anwendungsweise ist ungefähr folgende: zunächst muß man sich ein für allemal über die Aspirations- und Injektionsstellung des drehbaren Griffes auf dem Zweiweghahn orientiert haben, was durch ein auf diesem eingeprägtes Zeichen erleichtert wird. Die kleinere Spritze wird mit der Injektionsflüssigkeit angefüllt und zusammen mit der anderen Spritze, deren Kolben zwecks Aspiration nach vorn geschoben sein muß, im Halter durch 2 Schrauben fixiert. Dem Zweiweghahn, der selbstverständlich vor jeder Injektion nach dem Auskochen noch mit destilliertem Wasser durchgespült werden muß, wird eine kurze Nadel aufgesetzt. Das zu verödende Venenstück wird zunächst am stehenden Patienten distal und dann proximal durch Stauungsbinden oder -apparate gestaut. Der Einstich geschieht knapp oberhalb der unteren Stauung, durch Aspiration mit der großen Spritze wird der gestaute Venenbezirk möglichst blutleer gemacht, alsdann vorsichtig der Griff am Hahn in die Injektionsstellung gedreht und die Injektion mit der kleinen Spritze durchgeführt.

[1]) Hergestellt von der Firma Brüder Cizek, Prag (Dr. Holubec).

Digitized by Google

Referatenteil

Fachzeitschriften

Venerologia und Dermatologia

1929, Nr. 5

Smelow u. L. Feldmann-Moskau: Ergebnisse der Röntgenaufnahmen nach intramuskulärer Injektion des russischen Wismutpräparats Bijochinol.

Es erwies sich, daß das intramuskulär injizierte Bijochinol in der größeren Hälfte der Fälle, in der Zeit von 2—3 Wochen bis zu 9 Monaten, röntgenoskopisch nicht mehr nachzuweisen ist. In jüngerem Lebensalter geht die Resorption leichter vor sich. Das Bijochinol wird im Röntgenbilde in Form von Streifen oder Nestern sichtbar, und zwar längere Zeit als der Nachweis im Urin gelingt.

Salkan u. Potapow-Moskau: Physische Entwicklung und Dystrophien bei Kindern mit kongenitaler Syphilis.

Die klinische Untersuchung nebst anthropometrischer Messung ergab bei 93 Kindern mit kongenitaler Syphilis folgendes: Die Erscheinungen physischen Zurückgebliebenseins sind bei kongenitaler Syphilis am deutlichsten in späteren Lebensjahren, d. h. nach dem 7. Lebensjahr und besonders in bezug auf den Wuchs und den Brustumfang zu konstatieren. Das physische Zurückbleiben macht sich bei spezifisch behandelten Kindern seltener als bei nicht behandelten bemerkbar. Dystrophien sind bei physisch entwickelten Kindern ebenso häufig wie bei zurückgebliebenen.

Glagolewa-Pensa: Lymphdrüsenerkrankungen von gummösem Charakter. Lymphadenitis localis.

Gummöse Lymphdrüsenerkrankung kommt in 11,1% der tertiären Erscheinungen vor, und zwar meist entsprechend den Halslymphdrüsen. Meist begegnet man dieser Erkrankung im jugendlichen Alter, und zwar bei Kindern, welche irgend welche Zeichen kongenitaler Syphilis aufweisen. Klinisch gleicht die gummöse Lymphadenitis außerordentlich der tuberkulösen, besonders wenn es zur Erweichung der Lymphknoten gekommen ist. Als diagnostische Erkrankungsmerkmale können zu Beginn gelten sonstige Anzeichen hereditärer Lues, gutes Allgemeinbefinden, schneller Übergang in Erweichung, günstiges Resultat der spezifischen Behandlung; im späteren Stadium dagegen, bei Eintritt einer Fistelbildung wird die letztere selbst durch rundliche Form und geringe serös-eitrige Sekretion für die Diagnose Syphilis sprechen. Die WR hilft wenig, da sie häufiger negativ, als positiv ausfällt.

Maschkilleison u. Minsker-Moskau: Zur Frage des Erythema chr. migrans Lipschütz.

24jähr. Kranker, bei dem sich im Laufe von 4 Monaten, auf dem Rücken ein rosafarbener, allmählich wachsender Ring ausbildete. Infiltration, Exsudation und Desquamation fehlten. Histologisch fanden sich unbedeutende Veränderungen in den oberen Hautschichten.

Sachs, S.-Astrachan: Zur Frage des Granuloma annulare.

42jähr. lungentuberkulöse Hausfrau mit einem Granuloma annulare auf der Rückenpartie der rechten Hand und des rechten Vorderarms.

Langer, E.-Berlin: Die Röntgenographie der männlichen Urethra.

Zur Sichtbarmachung des Schattens bedient sich Verf. des 20%igen Jodipin Merck, welches zu etwa 50 ccm unter schwachem Druck mittels Janetscher Spritze in die Harnröhre eingespritzt wird.

Lewin, A.: Zur vergleichenden Wertschätzung der diagnostischen Reaktionen bei Gonorrhoe.

Verf. verglich die Reaktionen Bordet-Gengou, die intrakutane Reaktion und die Bestimmung von Gonokokkenantigen im Harn nach Lissowskoj: Die Versuche ergaben, daß die Reaktion Bordet-Gengou bei komplizierter Blennorrhoe von der 4. Woche an nach der Infektion, Bedeutung hat; ferner daß die positive intrakutane Reaktion nicht immer dem klinischen Bilde entspricht. Am empfindlichsten erweist sich die Reaktion Lissowskoj, besonders bei akuter Blennorrhoe, aber auch bei chronischer Blennorrhoe, speziell bei Spermazystitis.

Digitized by Google

Baschkirzew-Leningrad: Die Chemo-Vakzinotherapie der gonorrhoischen Erkrankungen auf Grund experimenteller Versuche mit der Immunisation des Blutes in vitro.

Die Immunisation des Blutes durch eine Kombination von chemischen Substanzen (Urotropin, Trypaflavin, chlorsaures Mangan) und spezifischer Gonokokkenvakzine beeinflußt zweifellos die Veränderungen der bakteriziden Kräfte des Blutes und unterscheidet sich von der Immunisation mit Gonokokkenvakzine, welche nicht mit chemischen Substanzen verbunden ist. Je nach dem Konzentrationsgrad der in der Vakzine enthaltenen chemischen Substanzen bestehen die genannten Veränderungen entweder in einer deutlichen Steigerung der bakteriziden Energie des Blutes oder in einer Verminderung der Schwankungsphasen der positiven und negativen Vakzinewirkung, die von der Menge der eingeführten abgetöteten Gonokokken abhängt. Als beste Dosis, sowohl bei Gebrauch der Chemovakzine wie der spezifischen Vakzine ohne chemische Zusätze erscheint eine solche mit einem mittleren Gehalt an abgetöteten Gonokokkenleibern. Die rationelle Dosis der Chemovakzine, wie auch diejenige der einfachen spezifischen Vakzine ist eine streng individuelle, nicht nur in bezug auf das Blut verschiedener Personen, sondern auch ein und derselben Person im gesunden oder kranken Zustande. Anscheinend steht diese in Abhängigkeit von der verschiedenen Resistenz eines jeden Organismus im Kampf mit der eingedrungenen Infektion. Die Steigerung der bakteriziden Kraft des Blutes bei Immunisierung desselben mit spezifischen Chemovakzinen im Vergleich zur Immunisierung mit Vakzine ohne chemische Substanzen ist nicht nur auf die bakterizide Eigenschaft der letzteren und eine stärkere Chemotaxis dieser Substanzen gegenüber den Krankheitserregern zurückzuführen, die zusammen mit den spezifischen Vakzinen wirken, sondern auch auf eine besondere Reizwirkung dieser Substanzen auf die Blutzellen in vitro und wahrscheinlich auf die Verminderung der Vertilgungsfähigkeit des örtlichen Retikuloendothels, angeregt durch die spezifische Vakzine in vitro.

Mkrtischjanz u. Tschugujewa-Moskau: Die Methode und klinische Bedeutung der Spermakulturen.

Die Flora der Urethra bei Personen, die keine Blennorrhoe gehabt haben und solchen, welche von der Blennorrhoe ausgeheilt wurden, ist fast identisch. In dem gesamten, zur Untersuchung gelangten Material von Spermakulturen wurden Gonokokken nur in 3,8% gefunden, in demjenigen von Kranken mit chronischer Blennorrhoe in 18%. Da in denjenigen Fällen, wo die Spermakultur als ergänzende Untersuchungsmethode hätte dienen können, keinmal Gonokokken gefunden wurden, so ist der diagnostische Wert der Spermakultur als überschätzt anzusehen.

Levitin-Odessa: Die Tätigkeit des Venerologen in den Institutionen für Mutterschutz und Kinderfürsorge.

Die Untersuchung von 1476 Graviden ergab in 99 Fällen, d. h. in 6,7%, Lues, wobei von diesen Frauen 52, d. h. 52,5%, nichts von derselben ahnten. Die Untersuchung von 815 Neugeborenen ergab in 52 Fällen, d. h. in 6,35%, Vorhandensein von Lues.

Chrapkowskaja u. Kontschilow-Saratow: Das Geschlechtsleben der Arbeiter in Saratow.

Eine Enquête über das Geschlechtsleben unter den Arbeitern Saratows ergab folgendes: 9/10 der Männer beginnen vor dem 22. Lebensjahr geschlechtlich zu leben; 26% der verheirateten Männer haben außerdem noch außereheliche Beziehungen. 39% der Arbeiter verkehrten nur mit Prostituierten. Von den Befragten hatten 26% venerische Krankheiten gehabt, bzw. 7% derselben noch im Moment der Beantwortung.

Beridse-Kutais: Das Geschlechtsleben der Arbeiter in der Stadt Kutais.

Es hatten 64,5% der Befragten den ersten Koitus vor dem 19. Lebensjahr ausgeführt, davon 34,7% mit einer Prostituierten, 27,4% mit einer Bekannten, 7,3% mit einer Unbekannten, 4,3% mit der Braut, 11,3% mit der Frau, 0,8% mit einer Mätresse. Zufälligen Geschlechtsverkehr hatten vor der Heirat 53,6% und nach der Heirat 26,2% der Arbeiter. Von den Verheirateten hatten schon vor der Registrierung 13,1% mit der Frau gelebt. Es gaben an 27,3% venerisch krank, 72,2% gesund zu sein. Der Rest ließ die Frage unbeantwortet.

Patla: Der heutige Standpunkt über die Pathogenese des Ekzems. Eine Übersicht.

Rjabow-Kasakstan: Die Behandlung der Pustula maligna mit Novarsolan. Günstiger Erfolg bei 27 Kranken durch das russische Neosalvarsanpräparat.

Digitized by Google

Schischlo-Sabaschwili: Zur Bekämpfung des Venerismus in Adsharistan. Unter 5690 von der einen Flugkolonne untersuchten Bewohnern erwiesen sich 8,6% unter 4910 von einer zweiten Kolonne untersuchten Personen 8,9% venerisch krank.

Petrow, N.: Die venerischen Krankheiten laut den Daten des Schtschigrowschen Kreisvendispensärs. A. Jordan-Moskau.

Japanese Journal of Dermatology and Urologie

Bd. 29, Nr. 5, Mai

Ohno, T.: Ein sehr seltener Fall von einseitigem Angioma cavernosum faciei mit gleichseitigem Glaukom. S. 33.

25jähr. Mann mit angeborenem Angiom an rechter Gesichtshälfte, Auge und Mundschleimhaut. Vor 10 Jahren Hemihyperästhesie und motorische Störungen der rechten Körperhälfte, die bald spontan schwanden. Seit dieser Zeit Nebelsehen am rechten Auge und nach und nach Sehschwäche. Seit einem Jahr rechts durch Glaukom total erblindet.

Masuda, R.: Experimentelle Studien über die Kalkablagerung in der Haut. S. 33.

Nr. 6, Juni

In, K.: Klinische und histologische Studie der Karunkel der weiblichen Harnröhre. S. 35.

Fünf Fälle von Karunkel der weiblichen Urethralmündung. Es handelte sich um weiche, hyperästhetische Geschwülste an der Hinterwand des Orificium urethrae ext. Mikroskopisch: Auffallende Vermehrung und Erweiterung der Blutgefäße. Die Affektion entsteht nach In außer durch entzündliche Veränderungen der Harnröhre und -blase durch gewisse äußere Reize: Beschmutzung durch die Menstrualflüssigkeit, mehrmalige Geburt, Kohabitation usw.

Terao, H.: Morphologische Untersuchungen über die Harnkanälchen von Meerschweinchen. S. 35.

Toyama, I., u. T. Ichikawa: Über die sogenannten Grenzstrahlen. S. 40.

Gute Wirkung der Grenzstrahlen bei Morbus Darier, Tuberculosis verrucosa cutis, Lupus eryth., Erythema induratum, Eczema chron., Lichen ruber, Psoriasis, Rosazea.

Nr. 7, Juli

Watanabe, J.: Über den Reststickstoffgehalt der normalen und pathologischen Haut. S. 45.

Die in Tabellen niedergelegten Ergebnisse verdeutlichen, daß Lupus eryth., Lichen simplex chron., Vitiligio, Acne cornea und Xanthome fast normalen Reststickstoffgehalt in Haut und Blut zeigen, während bei chronischem Ekzem, Urticaria chron. und Prurigo abnorm reichliche und zuweilen sogar über doppelt so große Reststickstoffspeicherung in den nicht erkrankten Hautpartien bei etwas höherem Reststickstoffwert im Blute sich nachweisen läßt.

Sukigara, F.: A Report on the Ritters Disease. Dermatitis exfoliativa neonatorum (Ein Bericht über die Rittersche Krankheit). S. 49.

Hinweis auf die Seltenheit der Dermatitis exfoliativa neonatorum in Japan, wo einschließlich eines neumitgeteilten Falles nur 11 Fälle der Krankheit veröffentlicht wurden. Die Krankheit begann bei dem weiblichen Säugling am 25. Tage nach der Geburt und führte nach einigen Tagen zum Tode.

Miyake, I.: Ekzematöse Hautveränderung und Zuckerstoffwechsel. I. Mitteilung: Blutzucker und ekzematöse Hautveränderung. S. 50.

Die Versuche zeigen, daß ekzematöse Hautveränderungen an Kaninchen eine Insuffizienz des Zuckerstoffwechsels veranlassen können.

Sakurane, Y.: Experimentelle Untersuchungen über die Implantation der Hautstücke mit besonderer Berücksichtigung derselben in das Gehirn. I. Mitteilung: Versuche durch Autoimplantation. S. 51.

Autoimplantationsversuche von Hautstückchen von Kaninchen in verschiedenen Organen ergaben, daß die Kutis bei der Implantation in das Gehirn nicht nur der Atrophie anheimfällt, sondern von einem starken Haarwuchs gefolgt wird.

Digitized by Google

Nr. 8, August

Akagi, S.: Über eine neue mykotische Hautkrankheit „Trichosporia cutis psoriasiformis progressiva Asahi unn Akagi". S. 53.

Mit Hautveränderungen beginnende Allgemeinkrankheit; als Erreger wurde ein neuer Hefepilz: Trichosporon Asahii festgestellt.

Hashimoto, T., u. M. Numata: Über einen Fall von Herpes zoster generalisatus und seine Infektiosität. S. 56.

Der 44jähr. Mann bekam zunächst einen Herpes zoster der rechten Gesichtshälfte. 4 Tage nach dem Ausbruch der primären Bläschen, die bald vereiterten oder gangränös wurden, traten andere, fast gleichgroße, im Zentrum gedellte Bläschen zerstreut am Gesicht, an Rumpf und Extremitäten auf. Sie verursachten keine subjektiven Beschwerden, waren von roten Höfen umgeben und von Windpocken nicht zu unterscheiden. Seine Kinder bekamen nach 7 und 21 Tagen Windpocken. Ein neben ihm im Hospital liegender Patient bekam Herpes zoster supraclavicularis, aber keine Varizellen. Die Inokulation des Inhalts von Bläschen des Kopfes erzeugte bei Kaninchen Keratitis, Motilitätsstörungen, Hodengangrän und Exitus. F. Juliusberg-Braunschweig.

Acta Dermatologica. (Japan.)

1929, Bd. 13, H. 1

Hashiguchi, M.: On Papulae Syphiliticae in Rabbits (Über syphilitische Papeln bei Kaninchen). S. 23.

In 21% der Fälle treten bei Kaninchen nach intratestikularer, intraokularer, pernasaler Verimpfung einer Spirochätenemulsion oder syphilitischer Hautstückchen papulöse Effloreszenzen auf, und zwar 31—150 Tage nach der Impfung; sie sitzen besonders häufig an der Crista iliaca, am Rücken und an der Nase; die Genitalien werden nur ausnahmsweise ergriffen. Man kann krustöse Papeln, die in 26—42 Tagen mit leichten Narben abheilen und squamöse Papeln, welche schneller und ohne Narbenbildung abheilen, unterscheiden. Mittels des Dunkelfeldes sind Spirochäten im Reizserum der Papeln oder in einer Papelemulsion schon im frühesten Stadium nachzuweisen. Histologisch sind die Spirochäten in der frühesten Entwicklungsperiode nur spärlich und nur in der Papillarschicht vorhanden. Sie nehmen nach und nach an Zahl zu und sind auf dem Höhestadium der Papel am reichlichsten vorhanden, um dann wieder abzunehmen. Die Papeln treten im Winter reichlicher auf, während sie im heißen Sommer zu selten anzutreffen sind.

Nohira, A.: An Experimental Study of Hereditary Immunity from Relapsing Fever (The Second Report). The Resistance Against Infection of Brothers of an Infected Mother Animal (Experimentelle Untersuchungen über die hereditäre Immunität bei Rückfallfieber. Die Resistenz gegen die Infektion bei Kindern desselben infizierten Muttertieres). S. 55.

Aus den Untersuchungen sei hervorgehoben, daß die Resistenz der Kinder einer infizierten Maus je nach der Geburtszeit nach und nach abnimmt. 30 Tage nach der Geburt ist die Resistenz noch groß, so daß die Impfung negativ verläuft; 60 Tage nach der Geburt ist diese Resistenz nur noch bei wenigen Tieren erhalten.

Koyasu, Y.: Ein Versuch über die lokale Immunität mit Rekurrensspirochäten an der Augen- und Mundschleimhaut. S. 67.

Versuche mit Rekurrensspirochäten an der Augen- und Mundschleimhaut von Mäusen, um festzustellen, ob eine lokale Immunität tatsächlich nachweisbar ist. Keine sicheren Resultate.

Shibata, S.: Histological Feature of the Keratitis Parenchymatosa due to Injection of Spirochetes into the Retrobulbar Space (Histologie der durch Injektion von Spirochäten in den Retrobulbärraum entstandenen Keratitis parenchymatosa). S. 79.

Histologie der nach Impfung mit Syphilis hinter den Augapfel in die Orbita beim Kaninchen entstandenen Keratitis (vgl. d. Zschr., 1928, Bd. 87, S. 1653). Spirochäten finden sich in der Nachbarschaft des Sinus venosus sclerae und in allen Schichten des Limbus corneae und der Kornea. Spirochäten finden sich im entzündeten Gebiete, aber auch dort, wo keine Zellinfiltration oder Gefäßneubildung vorhanden ist.

Digitized by Google

Matsunaga, T.: Über Finger- und Zehenkontrakturen bei Bewohnern der Südseeinsel Truk. I. Mitteilung: Klinische und ätiologische Beobachtung. S. 101.

Auf den Trukinseln der Südsee leiden viele Menschen an Finger- und Zehenkontrakturen. M. stellte fest, daß es sich um eine chronische, plastische Entzündung der Palmaraponeurose handelte, also eine Dupuytrensche Fingerkontraktur.

Yanagawa, S.: Über die Rieckenbergsche Reaktion beim experimentellen Rückfallfieber. II. Mitteilung: Verweildauer der Rieckenbergschen Antikörper im Tierkörper. S. 115.

Nach den Versuchen von Y. halten sich die Rieckenbergschen Antikörper über 1 Monat bis über 8 Monate in den Körpern der Mäuse. Sie verschwinden im Blute von mit Rekurrens infizierten Mäusen gewöhnlich binnen 200 Tagen. Bei Ratten, die mit Rekurrens infiziert waren, waren die Rieckenbergschen Antikörper 3—7 Monate nachzuweisen.

Hirata, T.: Nachweis der Phagozytose hindernden Substanz in der Gonokokkenvakzine des Serum-Institutes der Universität Tokio. S. 135.

Die untersuchte Gonokokkenvakzine enthält u. a. Substanzen, welche die normale Phagozytose von Staphylokokken im zirkulierenden Blute hindern und durch Siedehitze inaktiviert werden, ohne daß die Phagozytose fördernden Eigenschaften gelöster Mikrobensubstanzen gleichzeitig verloren gehen. Die gewöhnlich Gonokokkenvakzine enthält also das Impedin, eine die immunisatorischen Vorgänge hindernde Substanz.

Yamamoto, T., u. Z. Ohya: Über die verrukaähnlichen Effloreszenzen an Hand- und Fußrücken bei der Darierschen Krankheit. S. 152.

Nach den Untersuchungen der Verff. verhalten sich die verrukaähnlichen Bildungen, die einige für eine abweichende Eruptionsform, andere für zufällige Komplikation mit Verrucae vulgares halten, histologisch ganz gleich, wie die sonstigen Herde der Darierschen Krankheit, sie stellen also nur eine atypische Form derselben dar.

1929, Bd. 13, H. 2

Shibata, S.: The Bactericide Action of the Volatile Compound of Coal-Tar-Pitch (Die bakterizide Wirkung des flüchtigen Bestandteils des Steinkohlenteers). S. 178.

Die sterilisierende Kraft dieses Bestandteiles den Mikroorganismen gegenüber wird intensiver in dem Grade, als die Lösung verdünnt wird. Die sterilisierende Wirkung des sauren Anteils ist eher proportional der Konzentration, als der Dauer der Einwirkung. Beim neutralen Anteil ist die sterilisierende Wirkung nicht so deutlich, als bei den anderen Anteilen. Was die basische Portion betrifft, so hängt die Wirkung mehr von der Dauer der Einwirkung ab.

Hashiguchi, M.: The Lesions Produced in Rabbits by Intravenous Injection of Spirochaeta Pertenuis (Die Veränderungen bei Kaninchen nach intravenöser Einspritzung von Spirochaeta pertenuis). S. 198.

Die Kaninchen erhielten 2—6 ccm der Virusemulsion in die Ohrvene. 31—69 Tage (durchschnittlich 35 Tage) nach der Infektion fanden sich bei allen Tieren verschiedene Krankheitserscheinungen: Veränderungen am Hoden bei 91,7%, an Haut- und Schleimhaut in 80%, an Knochen und Periost der Nase in 13,3%, am Auge in 20%. Die Veränderungen gleichen weitgehend denen nach intravenöser Injektion von Emulsionen der Spirochaeta pallida, doch ergibt genauere Untersuchung manche Abweichungen.

Nohira, A.: Is the Bed-Bug an Essential Transmitter of Relapsing Fever? Transmission Experiment with Infected Bed-Bugs (Cimex Lectuarius) to Mice by Sucking (Ist die Wanze ein wesentlicher Überträger für Rückfallfieber? Versuch der Übertragung mit infizierten Wanzen auf Mäuse durch Saugen). S. 211.

Aus den Versuchen geht hervor, daß infizierte Wanzen, deren Hämolymphe Spirochäten enthält, nicht imstande sind, Mäuse durch Saugen mit Rückfallfieber zu infizieren. Aller Wahrscheinlichkeit nach ist also die Wanze kein wesentlicher Überträger für diese Krankheit. Es ist noch nicht entschieden, ob eine Abschwächung der Spirochäten in den Speicheldrüsen der Wanzen erfolgt. Trotzdem ist die Rolle der Bettwanze vom epidemiologischen Standpunkte nicht in Abrede zu stellen.

Yanagawa, S.: Über die Rieckenbergsche Reaktion beim experimentellen Rückfallfieber. III. Mitteilung: Die Beziehungen zwischen der Rieckenbergschen Reaktion und der Schutzkraft gegen Reinfektion. S. 221.

Nach den Untersuchungen von Y. steht die R.R. mit der Schutzkraft gegen Reinfektion in keinem Zusammenhang, ist also kein Indikator für die Schutzkraft.

Digitized by Google

Matsunaga, T.: Über Finger- und Zehenkontrakturen bei Bewohnern der Südseeinsel Truk. II. Mitteilung: Röntgenuntersuchung der Fingerkontrakturen. S. 227.

Auch die Röntgenuntersuchungen bestätigen, daß die auf der Südseeinsel Truk vorkommenden Finger- und Zehenkontrakturen nichts anderes als Dupuytrensche Kontrakturen sind.

1929, Bd. 13, H. 3

Hashiguchi, M.: On the Metastatic Lesions in the Nasal Region in Rabbits Infected with Syphilis (Über die metastatischen Veränderungen der Nasengegend syphilitisch infizierter Kaninchen). S. 287.

In 25% der Fälle treten bei skrotal oder testikular syphilitisch infizierten Kaninchen Krankheitserscheinungen an der Nase auf, und zwar meist $1^1/_2$—2 Monate nach der Infektion. Sie erscheinen am Knochen oder Periost und meist symmetrisch. Ablauf der Veränderungen in 25—249 Tagen, auch noch länger. Die histologischen Veränderungen ähneln denen des Gummas, aber sie enthalten reichlich Spirochäten. Die Jahreszeit hat auf das Auftreten dieser Erscheinungen, wie auf das der Papeln, einen wichtigen Einfluß. Sie treten häufiger im Winter auf und zeigen dann auch höhere Grade der Veränderung; umgekehrtes Verhalten im Sommer.

Kuroda, N.: Experimental Studies in the Neutralizing Action of Na. Thiosulphate in Atoxyl Intoxication (Experimentelle Untersuchungen über die neutralisierende Wirkung des Natriumthiosulfats bei der Atoxylvergiftung). S. 300.

Nach den Untersuchungen von K. zeigt das Natriumthiosulfat eine deutliche neutralisierende Wirkung bei der Atoxylvergiftung. Die neutralisierende Wirkung war im allgemeinen proportional der Dosis, doch kommen individuelle Schwankungen bei den Tieren vor, da das Atoxyl im Tierkörper sich in eine toxische Substanz umwandelt. Die entgiftende Wirkung des Natriumthiosulfats beruht nicht allein auf seiner diuretischen Wirkung.

Shibata, S.: Keratitis Due to Inoculation with Yaws in the Cavity Behind the Eye-Ball (Keratitis verursacht durch Inokulation mit Yaws in den Hohlraum hinter dem Augapfel). S. 311.

Durch Verimpfung von Spirochaeta pertenuis (ein von den Südseeinseln stammender Stamm) in den retrobulbären Raum wurde bei 66,6% der Tiere eine Keratitis hervorgerufen. Die Veränderungen zeigten gewisse Abweichungen den Versuchen mit der Spirochaeta pallida gegenüber. Die lymphatische Infiltration der Conjunctiva propria bulbi war nicht so ausgedehnt, wie bei der syphilitischen Infektion. Es fand sich eine erhebliche Lockerung des Bindegewebes und Zerstörung seiner Fasern. In der Kornea Erweiterung der Lymphspalten, Hypertrophie und Schwellung der Kornealzellen, wie bei Syphilis. Keine Entwicklung von myxomatösem Gewebe in der Kornea. Entzündliche Zellinfiltration in den oberflächlichen und mittleren, teilweise auch in tieferen Schichten.

Nohira, A., u. S. Yanagawa: Hereditary Immunity and Rieckenbergsche Reaction (the Relation between the two in Experimental Relapsing Fever) (Hereditäre Immunität und Rieckenbergsche Reaktion [die Beziehung zwischen beiden bei experimentellem Rückfallfieber]). S. 323.

In den Fällen mit negativer Reaktion koinzidieren die Impfversuche und die Rieckenbergsche Reaktion, doch gilt diese Übereinstimmung nicht für die Fälle mit positiver Rieckenbergscher Reaktion.

Shibata, S., u. M. Hashiguchi: Inoculation with Syphilis and Frambesia on the Back of Rabbits (Inokulation mit Syphilis und Framboësie auf dem Rücken von Kaninchen). S. 341.

Die Versuche haben den Zweck Differenzen zwischen Syphilis und Framboësie festzustellen. Sie ergaben: Kaninchen können mit Erfolg mit beiden Spirochäten infiziert werden. Bei intrakutaner Injektion Erfolge bei beiden Spirochäten in fast 100%, bei Inokulation auf einem skarifizierten Gebiete positive Impfung in 87,7% bei Syphilis, in 66,7% bei Yaws. Die syphilitischen Papeln sind im allgemeinen größer, führen schneller zu einer dicken Kruste und heilen mit Narbe; die Papeln der Yaws sind kleiner und heilen mit einer leichten Narbe ab. Skrotalödem bei 3 Fällen von Syphilis. Bei Syphilis war die WR positiv, außer auf dem Höhestadium des Schankers, bei Yaws war die WR bis auf einen Fall negativ. Es ist nicht möglich, die histologischen Differenzen zwischen Syphilis und Yaws exakt anzugeben, obwohl die Veränderungen bei Syphilis im allgemeinen intensiver sind als bei Yaws.

Digitized by Google

April 1929, Bd. 13, H. 4

Sakurai, S.: The Decomposition of Urotropine in Various Solutions (Die Zersetzung des Urotropins in verschiedenen Lösungen). S. 395.

Bei seinen Versuchen über die Abspaltung des Formaldehyds aus dem Urotropin bediente sich S. zum Nachweis des Urotropins der Methode von Schryver und zum Nachweise des Formaldehyds der Rimini-Burnam-Methode. Aus den Versuchen geht hervor, daß Urotropin sowohl in schwach alkalischen, wie in neutralen und sauren Lösungen bei Zimmertemperatur Formaldehyd abspaltet. Die Abspaltung erfolgt in sauren Lösungen im Verhältnis zur Wasserstoffionenkonzentration und zur Temperatur des Lösungsmittels. Im lebenden Organismus zersetzt es sich bei Eintritt ins Blut oder in die Zerebrospinalflüssigkeit und macht Formaldehyd frei.

Yanagawa, S.: Über die Rieckenbergsche Reaktion beim experimentellen Rückfallfieber. IV. Mitteilung: Studien über die Pathogenese der Rezidive beim Rekurrens. S. 419.

Die experimentellen Rekurrensspirochäten produzieren jedesmal, wenn sie einen Anfall hervorrufen, neue für sich spezifische (dem Anfall entsprechende) Antikörper. Der zweite Anfall wird durch eine neue Modifikation der Spirochäten des ersten Anfalls hervorgerufen. Der dritte und die folgenden Anfälle entstehen durch die Spirochäten, die dieselben antigenen Eigenschaften, wie die des zweiten Anfalls, besitzen. Die klinische Heilung des Rückfallfiebers kommt dadurch zustande, daß die im Tierkörper sich entwickelnden Spirochäten unter dem Einfluß der Antikörper, die vom Ausgangs- und Rezidivstamm erzeugt werden und sich mit den wiederkehrenden Anfällen stets vermehren, ihre rezidivierende Kraft verlieren.

Hashiguchi, M.: Metastatic Lesion in Framboesic Rabbits with Special Regard to that of the Nasal Bone. The Clinical and Histological Features (Metastatische Veränderungen bei Framboësiekaninchen, mit besonderer Berücksichtigung derer des Nasenbeins. Klinische und histologische Studie). S. 437.

In 8% der testikular mit Framboësie geimpften Kaninchen traten Nasenbeinveränderungen auf, seltener als bei Syphilis, und zwar nach 50—248 Tagen. Genaue Beschreibung der klinischen und histologischen Erscheinungen. Ein Vergleich der Nasenbeinveränderungen bei Syphilis und Framboësie zeigt, daß sich die Erscheinungen klinisch und histologisch ähnlich verhalten, auch bezüglich der Verteilung der Spirochäten, nur sind die Erscheinungen bei Framboësie etwas milder.

Hamada, T., u. K. Ichida: Das Verhalten der Sekretionseinheit der Niere bei der Farbstoffausscheidung (Beobachtung in vivo). S. 442.

Beobachtung an Froschnieren unter dem Stereoskop in vivo. Die in physiologischem Zustande einen gleichmäßigen Blutstrom aufweisenden Glomeruli zeigen nach Injektion von Adrenalin eine deutliche Abnahme der Geschwindigkeit des Blutstroms, bei genügender Konzentration des Adrenalins sistiert der Blutstrom. Nach Injektion von hypertonischer Kochsalzlösung schnellere Zirkulation des Blutstroms in allen Gefäßen, wobei die Glomeruli und Bowmanschen Kapseln deutlich anschwellen. 5—10 Minnten nach Injektion von Indigokarmin Austreten des Farbstoffs in den Bowmanschen Kapseln, wenige Minuten später Färbung der Harnkanälchenlumina. Dennoch bleibt die Wand der Harnkanälchen ungefärbt und immer durchsichtig.

Takigawa, K.: Zur Fox-Fordyceschen Krankheit. S. 454.

20jähr. Patientin, seit 2 Jahren erkrankt. Befallen sind beide Achselhöhlen, Mons pubis, die großen Labien, zum Teil auch die Brustwarzen und Perianalgegend. Sympathikotonie und Vagotonie. Histologie: Außer Akanthose massige Hyperkeratose und Parakeratose, besonders um und in den Follikel- und Knäueldrüsenmündungen. In der oberen Schicht der Kutis leichtes Ödem. Mäßige Rundzelleninfiltration um die Schweißdrüsenausführungsgänge, Haarfollikel, auch um die Gefäße. Die Knäueldrüsen und ihre Ausführungsgänge sehr stark erweitert und von kleinen keratotischen Pfröpfen verschlossen. Exzision der Herde in den Achselhöhlen. An den sonstigen Stellen wirkten Quarzlampenbestrahlungen und Injektion eines Ovarialpräparates mehr oder weniger tuckreiz verhindernd.

F. Juliusberg-Braunschweig.

Digitized by Google

Mitteilungen aus der Literatur

Strahlentherapie und Strahlenschädigung

Bucky, G.-New-York: Stand und Ausblicke der Grenzstrahltherapie. M. Kl. 1929, Nr. 30, S. 1159.

Grenzstrahlen sind elektromagnetische Schwingungen von einer Wellenlänge, die sich im linearen Spektrum an die gebräuchlichen Röntgenwellenlängen direkt anschließt; sie stehen diesen nahe, verursachen jedoch besondere biologische Erscheinungen, wobei zu bemerken ist, daß die biologische Wirkung im allgemeinen nicht etwa eine gesetzmäßige Funktion der Wellenlänge ist. Die Technik ihrer Anwendung unterscheidet sich wesentlich von der Röntgentechnik; ihre physikalischen Eigenschaften gleichen denen der Röntgenstrahlen, nur ist infolge ihrer großen Wellenlänge die Durchdringungskraft eine geringere. Biologisch stehen sie zwischen Röntgen- und ultravioletten Strahlen. Das läßt sich auch histologisch nachweisen: hyperplastisch-regenerative Erscheinungen gegenüber den degenerativen und destruktiven der Röntgenstrahlen. Klinisch zeigt sich bei den Grenzstrahlen niemals Epilation, die Latenzzeit bis zum Auftreten des Erythems ist erheblich abgekürzt, Pigmentierung ist stärker als bei Röntgen, geringer als bei Licht, Kumulation der Dosenwirkung geringer als bei Röntgen; die stärkere Reaktion äußert sich nicht wie hier in Schmerzen, sondern nur in leichtem Jucken; Geschwürsbildungen kommen nicht vor. Die Reaktionsbreite (Abstand der Erfolgs- von der Gefahrdosis) ist sehr groß. Therapeutisch bieten sie den Vorteil öfter möglicher Wiederholung, sie können daher bei röntgenrefraktären Hautfällen angewendet werden. Bedeutsam sind die Einwirkungen auf die Haut auch insofern, als diese die Aufgabe hat, strahlende Energie zu transformieren. Es zeigt sich schon nach minimaler Grenzstrahlenenergie ein Leukozytensturz, wobei der Weg über das vegetative Nervensystem geht; daher auch die gute Wirkung bei Erkrankungen, bei denen das vegetative Nervensystem beteiligt ist (Magen- und Darmgeschwüren, bes. Polycythaemia rubra, spastischer Obstipation, spasmophilen Erscheinungen bei Thymushyperplasie, Asthenie). Gut beeinflußbar zeigten sich endokrine Störungen: Arthritis auf endokriner Basis, Amenorrhoe, Hypertrichosis. Bei Hodgkinscher Krankheit und Basedow erfolgte wesentliche Verschlechterung aller Symptome; demgegenüber steht die weitgehende Besserung myxödematöser Symptome bei einem Kranken mit bösartiger Schilddrüsengeschwulst.

E. Levin-Berlin.

Vannfalt, K. A.: Action des rayons ultravioletts sur la teneur du sang du Lapin en leucocytes et en thrombocytes (Die Wirkung der ultravioletten Strahlen auf den Gehalt des Kaninchenblutes an Leukozyten und Thrombozyten). Compt. rend. Soc. Biol., Bd. 101, Nr. 21, S. 607.

Bestrahlung von Kaninchen, deren Rückenhaut in Ausdehnung von 400 qcm rasiert war, mit Quarzlampe in ½—1 m Entfernung, Entnahme des Blutes aus der Ohrvene. Sowohl nach mehrmaligen, der Zeit nach allmählich gesteigerten, als nach einmaligen Bestrahlungen zeigte sich eine beträchtliche Thrombozytose, die nach einiger Zeit wieder auf den Anfangswert zurückging. Die Leukozytenbefunde erfuhren keine Veränderungen. Da die Strahlen nicht in die tieferen Teile des Körpers (Knochenmark) eindringen können, müssen in der Haut selbst chemische Stoffe gebildet werden, die das Knochenmark zur Thrombozytenbildung anregen. Zu starke Bestrahlungen, die die Haut schädigen, rufen keine entsprechende Wirkung hervor.

E. Levin-Berlin.

Vannfalt, K. A.: Action de la lumière ultraviolette sur la composition du sang humain (Wirkung des ultravioletten Lichtes auf die Zusammensetzung des menschlichen Blutes). Compt. rend. Soc. Biol., Bd. 101, Nr. 21, S. 610.

Quarzlampenbestrahlungen bewirkten beim Menschen Vermehrung der Thrombozyten, die nach einiger Zeit, unter Umständen nach zunächst auftretender Thrombopenie wieder auf die Normalzahl zurückgingen. Es muß angenommen werden, daß durch die Bestrahlungen in der Haut Stoffe gebildet werden, die anreizend auf das Knochenmark wirken. Bei täglichen Bestrahlungen bleibt diese Wirkung schließlich aus, es empfiehlt sich daher, bei Bestrahlungen mit ultravioletten Strahlen Pausen einzuschalten.

E. Levin-Berlin.

Digitized by Google

Heller, O.-Dresden: Lokale Ultraviolett- und Hochfrequenztherapie bei Haut- und Schleimhauterkrankungen. Med. Welt, 1929. Nr. 31, S. 1106.

Verf. prüft die handelsüblichen Hochfrequenzglaselektroden für Lichttherapie hinsichtlich ihrer therapeutischen Brauchbarkeit und kommt zu dem Schluß, daß nur wenigen Apparaten eine gute Heilwirkung eigen ist. Die Tatsache, daß von der Industrie fortwährend neue Apparate auf den Markt gebracht werden, beruht darauf, daß das Laienpublikum mangels genauer Kenntnis diesem Verfahren Heilwirkungen zuerkennt, die es nicht hat und auch nicht haben kann. Eine genaue Messung der Heilwirkung ist noch nicht möglich, da ein geeignetes Standardinstrument fehlt. Einen guten Apparat mit stets gleichartig kontrollierter Leistungsfähigkeit stellt der Hochfrequenzapparat Type Nr. 5 (Karl Bub, Bad Reichenhall) dar; leider erschwert der relativ hohe Preis seine allgemeinere Verbreitung. Nach mehrjährigem Bemühen hat H. in der spektroskopisch geprüften Quarzkontaktlampe der Firma Elektro-Thermoschmelze, Dresden, einen sehr brauchbaren Apparat gefunden. Mit dieser Lampe hatte er sehr gute Resultate bei nicht zu ausgedehnten Ekzemen und Dermatosen. Bei Kontaktapplikation wurde weitgehende Besserung bei Schwellungszuständen der Prostata und venösen Stauungen im Gebiet des Mastdarms erzielt, ebenso bei entzündlichen Adnexerkrankungen. Eine günstige Wirkung zeigte sich ferner bei der Blennorrhoebehandlung, obwohl dieser Behandlungsart eine direkt gonokokkentötende Eigenschaft natürlich nicht zukommt; ihre Wirkungsweise äußert sich lediglich in einer Minderung des Entzündungszustandes der Schleimhaut. Der gute Heilerfolg darf auf die Kombination der Hochfrequenz- und Ultraviolettwirkung zurückgeführt werden. Sprafke-Chemnitz.

Zirkulationsstörungen und Hämorrhagien

Dreyfuss, W.-Berlin: Die Phlebektomie als Behandlungsmethode der Thrombophlebitis und ihrer Komplikationen. (Chir. Abt. d. Krankenhauses d. Jüdischen Gemeinde.) D. Zschr. f. Chir., Bd. 217, H. 5/6. S. 321.

Dreyfuß kommt, was die Indikation zur Phlebektomie im Gesunden betrifft, zu folgenden Schlüssen: 1. Bei allen fortschreitenden infektiösen Thrombophlebitiden ist sie am befallenen Gefäß auszuführen. a) Bestehen noch keine Anzeichen von Allgemeininfektion, so sind bei der aufsteigenden Thrombophlebitis der oberflächlichen Venen diese zu unterbinden, ehe das Hauptgefäß erreicht wird (also z. B. die V. saph. magna vor Eintreten in die V. fem.). b) Besteht ein Prozeß in der Tiefe und in der Peripherie im Quellgebiet der Venen, der den Charakter des „Herdes" oder Allgemeininfektion angenommen hat, so ist das Hauptsammelgefäß ohne Rücksicht auf sein eigenes Befallensein doppelt zu ligieren und zu durchtrennen. 2. Bei allen blanden oder infizierten Thrombosen, von denen aus Embolien in die Lunge erfolgt sind, ist unter allen Umständen das Hauptsammelgefäß der Extremität im Gesunden doppelt zu unterbinden und zu durchtrennen. Der prophylaktische Wertfaktor der Operation ist so groß, daß der zweifelnde Einfluß, ob die Verschlimmerung im einen oder anderen Fall ohne sie wirklich eintreten würde, übergangen werden muß. F. Juliusberg-Braunschweig.

Rothmann, P. E., u. N. K. Nixon-Los Angeles: Familial Purpura Hemorrhagica without Thrombopenia: Hereditary Hemorrhagic Thrombasthenia (Familiäre Purpura haemorrhagica ohne Thrombopenie [hereditäre hämorrhagische Thrombasthenie]). Am. m. Ass., Bd. 93, Nr. 1. S. 15.

Verf. beschreibt einen Fall eines 13jährigen Knaben mit einer Purpura auf wahrscheinlich hereditärer Grundlage (Mutter und Bruder neigten zu Blutungen). Bei diesem Knaben bestand eine sekundäre Anämie. Blutungszeit sowie Gerinnungszeit waren normal, Differenzierung des Blutbildes ergab normale Werte, Zahl der Blutplättchen nie unter 200000, gelegentlich 322500, dagegen war die Reaktionsfähigkeit des Blutkuchens stark vermindert. Verf. zählt diesen Fall unter die Purpura haemorrhagica ohne Thrombopenie, deren Ätiologie unklar ist. Erwähnt wird die Theorie von Glanzmann, nach der eine funktionelle Schwäche der Blutplättchen (Thrombasthenie) als Ursache angesehen werden kann. Therapeutisch sind Bluttransfusionen von Nutzen. P. Seier-Heidelberg.

Blonstein, J. L.: Haemophilia in the Newborn (Hämophilie beim Neugeborenen). Ref. m. J., 1929, Nr. 3569, S. 994.

Ein normal geborener, 8 Pfund schwerer Knabe zeigte am 2. Tage p. p. Sickern von Blut an der Basis der Nabelschnur sowie aus einer kleinen Ab-

Digitized by Google

schürfung an der Nase und aus dem am Tage der Geburt anscheinend ohne Nachteil „gelösten" Zungenbändchen. Außerdem bestanden Ekchymosen am Rücken, an den Beugeflächen der Arme und Beine und auch Meläna. Trotz geeigneter Behandlung erfolgten Rezidive, und der Tod trat am 6. Tage p. p. ein. Kein Sektion. A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Urtikaria und Erytheme

Schaefer, H. M.-Gladbach-Hehn: Generalisierte Urtikaria nach Wespenstich. D. m. W., 1929, Nr. 31, S. 1308.

Die 69jähr. Patientin wies ½ Stunde nach dem Stich auf Brust und Rücken sowie an den Extremitäten zahlreiche Quaddeln auf. Die Stichstelle am Nacken war rot und geschwollen. Am nächsten Tage war das Exanthem bereits verschwunden. Verf. glaubt, die Urtikaria sei durch Einimpfung von Giften anderer Art, die zufällig mit dem Stachel verschleppt wurden, entstanden und nicht infolge einfacher Überempfindlichkeit. Die Patientin ist früher öfter von Wespen gestochen worden, ohne besondere Belästigungen empfunden zu haben.

F. Harry-Wiesbaden.

Herpes

Teissier, P., P. Gastinel u. J. Reilly: Sur l'herpès expérimental du Cobaye (Über den experimentellen Herpes beim Meerschweinchen). Compt. rend. Soc. Biol. Bd. 101, Nr. 21. S. 557.

Die Ergebnisse waren von den bei Kaninchen gefundenen sehr verschieden. Vom Menschen stammendes Virus erzeugte fast regelmäßig Keratitis, Passagevirus vom Kaninchen viel seltener; in keinem Falle sekundäre Enzephalitis. Inokulation in die Haut stellt sowohl für menschliches wie für Passagevirus die Methode der Wahl dar; dabei häufig auf Beteiligung des Rückenmarks zu beziehende nervöse Störungen, niemals Enzephalitis. Inokulation in Gehirn und Nervenstämme ganz sehr unsichere Resultate, Inokulation in Nebennierenkapsel blieb erfolglos. Man kann beim Meerschweinchen Unterschiede des Neurotropismus der Stämme nachweisen, die die große Empfindlichkeit des Nervensystems des Kaninchens festzustellen nicht gestattet. Durch eine einzige Herpeseruption an der Haut wird diese immun, während es bei manchen Tieren trotzdem gelingt, Keratitis zu erzeugen. Keratitis bewirkt refraktären Zustand der Haut, Inokulation an Nebennieren keine Immunität. Virulizide Eigenschaften des Serums werden nicht hervorgerufen, auch in Organextrakten fanden sich solche nicht. E. Levin-Berlin.

Levaditi, C., P. Lépine u. Frl. Schoen-Paris: L'encéphalitique herpetique expérimentale du Singe (Die experimentelle Encephalitis herpetica des Affen). (Inst. Pasteur.) Acta med. Skand. (Stockholm), Bd. 71, H. 1/2. S. 192.

Die große, durch viele schwarze und farbige Tafeln illustrierte Arbeit führt zu folgenden Schlüssen: Bei einer Affenart gelingt es in 66%, durch Einimpfung des Herpesvirus in das Gehirn eine Enzephalitis hervorzurufen (Ceropithecus callitrix). In bezug auf Empfänglichkeit differieren die verschiedenen Rassen und auch die verschiedenen Individuen der gleichen Rasse. Die von der Infektion betroffenen Affen sind 2—6 Tage lang krank und zeigen besonders in den länger dauernden Fällen ein Bild, welches der menschlichen Enzephalitis sehr ähnlich ist. Das Gehirn der an Enzephalitis eingegangenen Affen ist für Kaninchen pathogen. Affenpassagen erhöhen diese Pathogenität. Es gibt auch Fälle, wo scheinbar durch Autosterilition das Gehirn diese Pathogenität völlig verloren hat. Die durch die Enzephalitis hervorgerufenen Störungen können kortikalen, basalen oder gemischten Charakter zeigen. Mikroskopisch finden sich alle Zeichen und Stadien zwischen Kaninchen- und menschlicher Enzephalitis. Meist sind akute und chronische Veränderungen nebeneinander zu sehen. Die experimentelle Affenenzephalitis läßt gute Schlüsse auf den Mechanismus und Ablauf der menschlichen Enzephalitis ziehen.

H. Colman-Berlin.

Thermische und traumatische Hautschädigungen

Vogt, W.-Bern: Über histologische Befunde beim Verbrennungstod. (Path. Inst. d. Univ.) Virch. Arch., Bd. 273. H. 1. S. 140.

8 Fälle von Verbrennung wurden untersucht, längste Lebensdauer nach der Verbrennung 7 Tage. Es fanden sich nirgends Embolien, keine Magen- oder Duo-

Digitized by Google

denalgeschwüre, in der Nebenniere nur je einmal Lipoidschwund und Fehlen der Chromreaktion trotz frühzeitiger Sektion. Eine Nebennierenläsion kann also kein ausschlaggebender Faktor für den Tod bei der Verbrennung sein. Die beträchtlichsten Veränderungen finden sich in Milz und Leber. In ersterer sind Hyalineinlagerungen in den kleinen Arterien vorhanden, die zwar nichts Spezifisches darstellen, deren regelmäßiges Vorkommen nach Verbrennungen, auch schon in jugendlichem Alter, doch kein Zufall sein kann. Ferner finden sich in den Keimzentren der Follikel Herde von epitheloiden Zellen und Kerntrümmern, die in dem Falle mit längster Dauer bis zu Nekrose geführt haben. Bei diesem Ähnliches auch in den Lymphknoten. In der Leber fällt besonders die Anhäufung von Leukozyten mit starken Kernzerfallserscheinungen auf. Auch dieser Befund wird zwar nach Stämmler bei den verschiedensten Krankheiten erhoben und stellt wahrscheinlich ein agonales Ereignis dar, aber auch er ist bei Verbrennung so regelmäßig und ausgesprochen vorhanden, daß ein Kausalzusammenhang angenommen werden muß. Dementsprechend findet man auch im Blute nach Verbrennungen regelmäßig eine bald primäre, bald einer Leukozytose folgende Leukopenie. Es könnte sich dabei um eine unmittelbare Hitzewirkung auf die Leukozyten im Verbrennungsgebiet, vielleicht aber auch um toxische Einwirkungen handeln, welch letztere durch den Leukozytenzerfall noch gesteigert werden würde (Circulus vitiosus).

Fr. Wohlwill-Hamburg.

Awrow: Zur Behandlung der Verbrennung. Kasanskij Medicinskij Journal, 1929. Nr. 6.

Ausgebreitete Verbrennungen (10% der Körperoberfläche) müssen vor allem zur Verminderung des Choks behandelt werden mit Morphium, Wärme, Zuführung von viel Flüssigkeit und Bluttransfusionen. Lokal: $2^1/_2$%ige Tanninkompressen, welche wenigstens einmal in 24 Stunden gewechselt werden müssen, bis zur Erzielung einer Gerbung der Haut, später mit Berieselungen von warmer Bor- oder Sodalösung. Während dieser Periode ist es angebracht, Adrenalin und viel Flüssigkeiten zu geben, ferner Bluttransfusion. Sowie der Schorf abgefallen ist, können Salben ordiniert werden (Borsalbe). A. Jordan-Moskau.

Grilichess, R.-Zürich: Über einen eigenartigen bakteriologischen Befund nach Hundebißverletzung. (Hyg. Inst.) Schweiz. m. W., 1929, Nr. 28, S. 729.

Im Anschluß an Hundebisse entwickelten sich bei einem Knaben Eiterungen an der Kopfhaut, dem Knochen, am inneren Ohre, die Radikaloperation erforderlich machten. Der Eiter enthielt neben grampositiven Diplokokken, die als Strept. pyogenes haemolyt. identifiziert werden konnten, feinste gramnegative Stäbchen, deren Klassifizierung nicht gelang. Das Bakterium konnte mehrere Jahre hindurch auf gewöhnlichem Glyzerinagar unverändert fortgezüchtet werden. Eine Zuteilung zur Gruppe der Hämoglobinophilen kann nicht erfolgen, da von Beginn an die Isolierung auf hämoglobinfreiem Agar möglich war, doch läßt die gefundene gekreuzte Immunisierung und positive gekreuzte Komplementablenkung zwischen dem Bakterium und einem echten hämoglobinophilen Pfeifferstamm es fraglich erscheinen, ob die Hämoglobinophilie noch weiter als zuverlässiges artcharakteristisches Merkmal aufrechterhalten werden kann. E. Levin-Berlin.

Follikulitis, Furunkel, Akne

Galli-Valerio, B., u. M. Bornand-Lausanne: Sur un cas de furonculose généralisée à Sacina tetragena (Koch et Gaffky) Migula, traité par autovaccin et antivirus (Über einen ausgebreiteten Fall von Furunkulose infolge von Sarcina tetragena [Koch und Gaffky] mit Autovakzine und Antivirus behandelt). Schweiz. m. W., 1929. Nr. 28, S. 730.

Die seit mehreren Jahren an ausgebreiteten Furunkeln leidende Patientin war ohne Erfolg mit verschiedenen Mitteln, auch Staphylokokkenvakzine, behandelt worden. Nachdem in dem Eiter typische Sarcina tetragena nachgewiesen war, konnte mit von dieser hergestellter Autovakzine und Antivirus in kurzer Zeit Heilung bewirkt werden. Es ist also wichtig, bei hartnäckigen Furunkulosen daran zu denken, daß sie nicht nur auf Staphylokokken beruhen können. E. Levin-Berlin.

Pollwein, O.-Krefeld: Zur Behandlung des Nackenkarbunkels. (Chir. Abt. d. städt. Krankenhauses.) M. m. W., 1929, Nr. 33, S. 1377.

P. gibt ein Verfahren für die Operation des Nackenkarbunkels an, dem folgende Vorzüge eigen sein sollen: a) radikale Freilegung, b) schmerzlose Behandlung,

Digitized by Google

c) Abkürzung der Behandlungsdauer, d) guter kosmetischer Erfolg. Die Operation (Chloräthylrausch) gestaltet sich in folgender Weise: Langer, in ganzer Ausdehnung zum erkrankten Gebiet parallel den Nackenfalten geführter Hauptschnitt. Senkrecht zu diesem mehrere kleinere, parallel verlaufende Inzisionen. Abpräparieren der dadurch entstehenden Hautläppchen von der Unterlage. Entfernen des gesamten nekrotischen Gewebes. Danach Austamponieren der großen Wundhöhle. Der Tampon wird 10 Tage unberührt gelassen. Zeigt sich nach dieser Zeit bei Entfernung des Tampons ein reines, von nekrotischem Gewebe freies, mit frischen Granulationen versehenes Wundbett, dann erfolgt Naht mit Draht oder Silkworm. Ist tatsächlich bei der Operation sämtliches nekrotische Gewebe entfernt worden, dann zeigt die Wunde stets das eben beschriebene Aussehen. Nach weiteren 8 Tagen ist dann die ganze Wunde geschlossen. Das kosmetische Resultat ist deshalb so gut, weil bei diesem Verfahren der unschöne Kreuzschnitt vermieden worden ist. Die kleinen Läppchen geben kleine glatte Narben. Der große Hauptschnitt kommt wegen seiner parallelen Lage zu den Hautfalten kaum zu Gesicht.

Sprafke-Chemnitz.

Bizard, L., u. L. Saïas: Un cas de furonculose avec anthrax datant de six ans, guéri par le bactériophage de d'Hérelle (Ein seit 6 Jahren bestehender Fall von Furunkulose mit Anthrax, geheilt mit dem d'Hérelleschen Bakteriophagen). J. de Méd. de Paris, 1929, Nr. 27, S. 569.

Die Behandlung mit Bakteriophagen führte in dem sich lange hinziehenden und dauernd rezidivierenden Falle zum Ziele, nachdem alle möglichen anderen Behandlungen versagt hatten. Zur Anwendung kamen Einspritzungen, innerliche Darreichung und Verbände mit aufgepulverten Bakteriophagen. E. Levin-Berlin.

Orbach, E.-Berlin: Über die Zinntherapie pyogener Erkrankungen der Haut und des Unterhautzellgewebes. Fortschr. d. Ther., Jahrg. 5, H. 14, S. 458.

Bei Zinngrubenarbeitern soll selten Furunkulose vorkommen. Bestehende Furunkulose heilte bei Arbeitern ab, wenn sie in Zinngruben beschäftigt wurden. Zinnchlorür hemmte das Wachstum von Staphylokokken auf Kulturen. Auf Grund solcher Beobachtungen führten zuerst französische Autoren das Zinn in die Therapie ein. Verf. verwandte zur Behandlung hartnäckiger Furunkulose, Schweißdrüseneiterung und Acne vulgaris das Lerastan, welches aus Zinn, Zinnoxydul und Bardana besteht (Hersteller: Fa. Wiernik & Co.). Kinder erhielten 3mal täglich 1 Tablette à 0,25 (kleine Dosis), Erwachsene 3mal täglich 2—3 Tabletten (mittlere und hohe Dosis). Das Mittel, welches 2—4 Wochen lang gegeben wurde, bewährte sich gut, machte aber die örtliche Behandlung nicht entbehrlich. Die laxierende Wirkung desselben wird als therapeutischer Hilfsfaktor aufgefaßt. M. Kruspe-Dresden.

Jasnitzky u. A. Dmitriew-Kasan: Versuch der Anwendung von Autovakzinotherapie in der Dermatologie. Kasanskij Medicinskij Journal, 1929, Nr. 7/8.

Die Verf. erzielten durch Injektion von Autovakzine in der Dosis von 150 Millionen bis $2\frac{1}{2}$, ja 3 Milliarden bei 52 Fällen von Acne vulg. in 28 Heilung, in 22 Besserung, und bloß in 2 Fällen blieb der Erfolg aus. Von 38 Fällen von Furunkulose wurden alle geheilt, von 3 Sycosis-vulg.-Fällen 2, sowie 1 gebessert. Die Injektionen dürfen nur wiederholt werden, wenn die lokale Reaktion abgeklungen ist. Unter Beobachtung dieser Vorsicht werden sogar Injektionen von 3—6 Milliarden anstandslos vertragen, welche sich besonders zur Behandlung von veralteten chronischen Formen von Acne indurata empfehlen. Die Anzahl der Injektionen wird in jedem einzelnen Falle durch die entsprechenden Veränderungen des klinischen Bildes bestimmt. A. Jordan-Moskau.

Erysipel, Phlegmone usw.

Dereux, J., u. R. Galiègue: Les complications nerveuses de l'érysipèle (Die Nervenkomplikationen des Erysipels). Gaz. des hôp., 1929, Nr. 51, S. 933.

Nervenkomplikationen des Erysipels sind selten, wenn man von den Delirien absieht, die nicht als Komplikation, sondern als Symptom zu betrachten sind. In Frage kommen Meningitis, Enzephalitis, Myelitis, Neuritis, Polyneuritis. Bei kritischer Betrachtung der veröffentlichten Fälle bleiben nur wenige einwandfreie übrig. Eine Rolle spielt nur die Neuritis des N. opticus, die auf örtlicher Ausbreitung der Infektion beruht. E. Levin-Berlin.

Digitized by Google

George, P.: Septicémie staphylococcique à forme érysipélatoide (Staphylokokkenseptikämie in erysipelatöser Form). Presse med., 1929, Nr. 64, S. 1047.

Auf die erysipelähnlichen Septikämien durch Staphylokokken haben 1926 George und Giroire, 1928 Ratherby und Rudolf (Presse méd., 1926, S. 611; Bull. et Mem. soc. méd. hôp. de Paris, 20. Juli 1928) die Aufmerksamkeit gelenkt. Im vorliegenden Falle entwickelte sich die Septikämie im Anschluß an die Malträtierung einer Aknepustel oberhalb der Oberlippe. Trotz des erysipelähnlichen Bildes sprachen folgende Momente gegen die Diagnose Erysipel: Vollständiges Fehlen des für Erysipel charakteristischen Vorsprungs der ergriffenen Haut, die dunkelviolette zyanotische Verfärbung der Plaque in ihrer ganzen Ausdehnung (im Gegensatze zu der lebhaft roten Farbe bei Erysipel), der sehr deutlich kalte Zustand der zyanotischen Plaque (im Gegensatze zu der lokalen Hyperthermie bei Erysipel); die Plaque ist nur im Zentrum fast holzartig induriert; die Palpation der Haut ist nur im Zentrum schmerzhaft, während die Peripherie unempfindlich ist. Die schweren Allgemeinerscheinungen nehmen immer mehr zu, und die Patientin verfällt in einen Zustand der Kraftlosigkeit mit einer Temperatur von 40,3°, mit Abkühlung der Extremitäten, Dyspnöe ohne Zeichen einer Lungenaffektion, Schlaflosigkeit, Delirien. Gleichzeitig dehnt sich die zyanotische und kühle Plaque aus, und es tritt Exophthalmus mit Verminderung der Beweglichkeit des Augapfels, als Zeichen einer Thrombophlebitis des Sinus cavernosus, auf. Exitus. In den Blasen des Krankheitsherdes und durch die Blutkultur wurden Staphylokokken nachgewiesen.

F. Juliusberg-Braunschweig.

Waldapfel, R.-Wien: Zur Frage der Heilwirkung des Erysipels auf bösartige Tumoren. (Kl. f. Hals-, Nasen- u. Ohrenkrkh.) W. m. W., 1929, Nr. 32, S. 1022.

Es wird an Hand von 14 gut beobachteten Fällen der weitverbreiteten Ansicht entgegengetreten, daß das Erysipel heilenden Einfluß auf bestimmte maligne Tumoren habe. Vielmehr bleibe der Krankheitsverlauf völlig unbeeinflußt, im Gegenteil stelle das Erysipel eine nicht unbedenkliche Komplikation dar. Daher ist das begleitende Erysipel zu bekämpfen, die künstliche Erysipeltherapie aber unbedingt abzulehnen.

H. Lippert-Köln.

Andreew, Iw.-Sofia: Zur Frage der Erysipelbehandlung. (Kinderklinik Prof. Wateff.) Bulgarska Klinika, 1929, H. 2, S. 117.

Von 462 Fällen wurden 277 mit Umschlägen von essigsaurer Tonerde, 70 mit Lapispinselung, 17 mit Eigenblut, 25 kombiniert mit den beiden letzteren, 34 mit Umschlägen von destilliertem Wasser behandelt. Die kürzeste Behandlungsdauer war mit Liq. Alum. acet. zu erreichen, am langsamsten wirkte Wasser. Ersterem am nächsten steht Argent. nitric. Die Autohämotherapie gibt ungenügende Resultate. Die essigsaure Tonerde wirkt nicht bloß antiphlogistisch, sondern auch styptisch und antiseptisch, dazu kommt die hervorragend schmerzstillende Wirkung sowie die Schonung der Haut im Gegensatz zu Höllenstein und gegenüber den Eigenblutein-spritzungen die einfache Anwendungsweise. M. Kazarowa-T. Pasardschik.

Lavergne, V. de, P. Florentin u. H. Gousset: Essais de prévention de l'érysipèle de l'oreille du Lapin par sérum et vaccins (Versuche einer Verhütung des Erysipels am Kaninchenohr durch Serum und Vakzine). Compt. rend. Soc. Biol., Bd. 101, Nr. 25, S. 1193.

Durch auf verschiedene Arten erfolgende Anwendung von Antistreptokokkenserum oder spezifischer Vakzine gelang es beim Kaninchen nicht, den Eintritt eines Erysipels zu verhindern.

E. Levin-Berlin.

Peters, H.-Hamburg: Metastase nach Schweinerotlauf im Auge. (Augenabtl. d. Allg. Krankenhauses St. Georg.) Kl. Mbl. f. Augenhlk., Bd. 83, Juli-Heft, S. 25.

Beschreibung eines Falles von Rotlaufinfektion an der linken Hand bei einer 19jährigen Frau infolge Verletzung beim Herrichten von Schweinefleisch, wobei es am nächsten Tage zu Sehstörungen am linken Auge kam, die sich als eine metastatische Augeninfektion herausstellten. Über diesen Fall und seine Stellung im Rahmen der bisherigen Kenntnis des Krankheitsbildes vgl. Handb. d. Haut- u. Geschlechtskrankh. (J. Springers Verlag 1929), Bd. IX, Teil 1, S. 102.

B. Peiser-Berlin.

Paris: Pustule maligne avec septicémie charbonneuse guérie par la sérothérapie (Milzbrandpustel mit Milzbrandseptikämie, geheilt durch Serumtherapie). Presse méd., 1929, Nr. 59, S. 959.

Das 23jähr. Fräulein kam mit einer Milzbrandpustel der Wange, die den

Digitized by Google

4. Tag bestand und schon am 1. Tage zu Allgemeinstörungen geführt hatte, und mit Ödem der Wange, Submaxillargegend und der Schlüsselbeingegend neben schwersten Allgemeinerscheinungen zur Aufnahme. Im Serum der Pustel, später auch im Blute, wurden Milzbrandbazillen festgestellt. Eine energische Serumbehandlung mit hohen Dosen, lange durchgeführt, führte zur Heilung. Der Fall zeigt, daß Kranke, die früher unbedingt verloren gewesen wären, durch die Serumbehandlung noch zu heilen sind. Die Wirkungsweise des Antimilzbrandserums ist noch nicht geklärt, da das Serum weder bakterizid noch antitoxisch ist. Nach van Beneden enthält es einen Sensibilisator, welcher gegenüber dem spezifischen Antigen das Alexin ablenkt; es aktiviert die Phagozytose in vivo und in vitro, ist agglutinierend und präzipitierend. F. Juliusberg-Braunschweig.

Tropische Krankheiten

Tsykalas, u. Ph. Mr. R. Riegl-Kairo: Diagnostik latenter Bilharzioseaffektionen durch Reaktivierung. Zschr. urol. Chir., Bd. 27, H. 4/6, S. 433.

Verf. tritt den Behauptungen Khalils entgegen, daß das Emetin ein Hämostatikum sei; es bewirke vielmehr 4—6 Stunden nach der Injektion eine reichliche Blutung, da die Bilharziose-Eier ihre Schlupfwinkel in den Blasenwänden so schnell wie möglich verlassen, um sich dem ihrer Existenz jetzt unzuträglichen Gewebe zu entziehen. Die Verminderung der Blutabsonderung nach dieser Periode der Maximalausscheidung ist eine Folge der verringerten Anzahl der in und nahe von der Blasenschleimhaut verbleibenden Eier. Die Blutung hört auf, sobald alle Eier aus der Blasenschleimhaut verschwunden sind. Nach 0,05—0,1 ccm Emetin tritt vermehrte Blutung 4—6 Stunden nach der Injektion ein. Eine Analyse des Harnes, der zwischen der 4.—6. Stunde nach der ersten oder zweiten Emetininjektion gelassen wird, ergibt stets eine bedeutendere Anzahl Eier als vor der Einspritzung. Ebenso sind die Embryonen nach der Emetininjektion aktiver und bewegen sich mit größerer Geschwindigkeit. So sind auch die latenten Bilharziosefälle nach einer oder zwei Emetininjektionen leichter zu diagnostizieren.

A. Rosenburg-Mannheim.

Willners, G.-Stockholm: Some Cases of After-Examination of Patient with so-called Strumous-Bubo (Einige Nachbeobachtungsergebnisse bei Kranken mit sogenannten „strumösen" Bubonen). Acta med. Skand. (Stockholm), Bd. 71, H. 1/2, S. 64.

Verf. ist der Ansicht, daß es sich bei dem sogenannten „Strumous Bubo" häufig um Lymphogranuloma inguinale, das in früherer Zeit noch nicht erforscht und bekannt war, gehandelt hat. Um dieses auf dem Wege späterer allergischer Hautreaktion festzustellen, hat Verf. an einer Zahl von Patienten, die in früherer Zeit in dem Hospital wegen Bubonen in Behandlung gewesen sind, Kutireaktionen angestellt. Von 19 Fällen reagieren 13 positiv nach Ito-Reenstjerna (bei Impfung mit Streptobazillen-Emulsion), 2 positiv nach Frei (Impfung mit Extrakt aus lymphogranulomatösen Inguinaldrüsen), 1 positive WR, während 3 völlig negativ in allen 3 Reaktionen blieben. Diese 19 Fälle wurden in der Zeit von 1918—1922 behandelt. Wenn auch seit 1923 eine größere Erfahrung in der Diagnostik der Lymphogranulomatose besteht, so bedeuten diese Kutireaktionen doch ein gutes diagnostisches Hilfsmittel. H. Colman-Berlin.

Tagesgeschichtliche Nachrichten

Die X. Tagung der Gesellschaft für Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten findet vom 6.—8. Oktober 1930 in Budapest unter dem Vorsitz von Prof. v. Korányi statt. R.

Nachdruck (auch des Abschnittes „Tagesg. Nachr.") ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt

Verantwortlich für die Redaktion: für Originalabhandlungen und T. N.: Prof. Dr. J. H. Rille. Leipzig, Johannisplatz 1. Für den Referatenteil: Dr. Fritz Callomon, Dessau

Digitized by Google

Dermatologische Wochenschrift

Nr. 4 (Bd. 90) 25. Januar 1930

Aus der derm.-vener. Abteilung des Stadtkrankenhauses Chemnitz, Zschopauerstraße (Direktor: Prof. Dr. Frühwald)

Urethrographie bei Gonorrhoe des Mannes und bei der Frau

Von

Prof. Dr. Richard Frühwald

Mit 8 Abbildungen im Text

Die Urethrographie, die Röntgenuntersuchung der männlichen Harnröhre nach Kontrastfüllung, ist nichts absolut Neues; dennoch hat sie erst in den letzten Jahren, nach Verbesserungen der Aufnahmetechnik und der Kontrastmittel, eine größere Bedeutung gewonnen, wie die zunehmende Literatur beweist, auf die ich aber nicht näher eingehen kann. Wenn Langer und Wittkowsky (1) also auch nicht die ersten waren, die diese Methode anwandten, so gebührt ihnen, besonders ersterem, doch das Verdienst, sie als erste im Kreise der Dermato-Venereologen propagiert und ihre Verwertbarkeit durch eingehende Untersuchungen dargetan zu haben. Die Urethrographie leistete wertvolle Dienste bei der Diagnose und Behandlung von Strikturen, Fisteln, Divertikeln, falschen Wegen, peri- und paraurethralen Infiltraten und Abszessen, Abszessen der Prostata und der Cowperschen Drüsen, bei Mißbildungen, periurethralen Gängen und Harnröhrenzerreißungen.

Eine systematische Durchforschung der Verhältnisse der männlichen Harnröhre bei Gonorrhoe mittels der Urethrographie ist aber, soweit ich die Literatur überblicke, noch nicht erfolgt. Angeregt durch Langers Vortrag auf dem Dresdner Dermatologen-Kongreß habe ich mich mit der röntgenologischen Bearbeitung verschiedener Fragen der Pathologie der Gonorrhoe des Mannes befaßt und auf diese Weise ein größeres urethrographisches Material gesammelt. Dabei zeigte es sich, daß auch beim unkomplizierten Tripper des Mannes häufiger als angenommen Veränderungen in der Harnröhre vorliegen, über die ich im folgenden berichten will.

Über die Aufnahmetechnik brauche ich nicht viel zu sagen, sie entspricht der von Langer und Wittkowsky angegebenen. Der Kranke liegt auf dem Aufnahmetisch, etwa in einer Achteldrehung nach links, das rechte Bein ausgestreckt, das linke in Hüfte und Knie gebeugt, etwas nach außen rotiert. Der Penis liegt auf dem linken Oberschenkel, wobei zu beachten ist, daß er nur auf den Weichteilen zu liegen kommt. Als Kontrastmittel benutzte ich Jodipin; sollte auch die Blase gefüllt werden, nahm ich 3%iges Jodlithium, das billiger ist als Umbrenal. Die Injektionen machte ich entweder mit der Tripperspritze nach Art der gewöhn-

Digitized by Google

lichen Tripperinjektionen, wobei die Harnröhre bis zum M. sphincter externus gefüllt wird, oder nach dem Vorgange Langers mit der großen Spritze nach Art der Janetschen Injektionen, wobei auch die Posterior mitgefüllt wird. Im Laufe meiner Untersuchungen fand ich, daß manche Veränderungen bei der einen und manche bei der anderen Methode deutlicher zum Ausdruck kommen. Daher mache ich jetzt bei jedem Falle eine „vordere" und eine „hintere" Aufnahme, wie ich sie der Kürze halber nennen will.

Das Material, das ich verwerten konnte, beläuft sich auf 100 Kranke mit 193 Aufnahmen, von denen 69 „hintere" waren.

Vordere Harnröhre. Die Veränderungen, die man bei der Urethrographie am häufigsten sieht, sind raumverengende Prozesse: muköse und paramuköse Infiltrate und Strikturen. Da muß gleich gesagt werden, daß es oft schwer hält, im Einzelfalle zu unterscheiden, ob man im Röntgenbild ein Infiltrat oder eine Striktur vor sich hat; es wird dies vielleicht Geschmackssache des Untersuchers sein. Präzise, stets gültige Unterscheidungsmerkmale lassen sich nicht aufstellen. Immerhin habe ich bei der Analyse meiner Aufnahmen folgendes feststellen können: längere und flache Eindellungen des Harnröhrenlumens finden sich fast stets bei frischeren Trippern, etwa um die 6. Krankheitswoche beginnend, durchschnittlich um die 10. Woche herum. Kürzere und schärfere, spitzere Eindellungen finden sich bei älteren Krankheitsfällen, etwa nach der 8. Krankheitswoche, durchschnittlich um die 20. Woche herum, oder bei frischen Fällen, die früher bereits Tripper gehabt hatten. Erstere Veränderungen dürften vielleicht den Schleimhautinfiltraten, letztere den ausgesprochenen, bindegewebig umwandelten Strikturen entsprechen. Die Krankheitsdauer bietet keine scharfe Trennungslinie, ich habe auch bei älteren Fällen flache Eindellungen gesehen; es ist natürlich nicht gesagt, daß sich nicht auch in solchen Fällen noch zellige, muköse Infiltrate finden können. Es ist mir auch aufgefallen, daß sich die Veränderungen, die ich als Strikturen ansprach, bei hinterer Aufnahme deutlicher ausprägten, die als Infiltrate angesehenen aber weniger deutlich. Das läßt sich auch erklären: Infiltrate sind ja eigentlich keine Raumbeengungen, sondern Elastizitätsverminderungen der Harnröhre, die auch, abgesehen von der Endoskopie, nur durch die Untersuchung der Wandelastizität festzustellen sind. Bei „hinterer" Aufnahme, wobei das Kontrastmittel fließt, wird die Harnröhrenwand weniger stark gedehnt, die Elastizitätsverminderung tritt daher nicht deutlich hervor; wird die Wand aber durch Injektion bloß des vorderen Teiles stark gedehnt, dann macht sich auch die geringe Störung der Wandelastizität bemerkbar. Dagegen treten wirkliche Strikturen, also Volumsverengerungen schon bei der mäßigen Dehnung bei der Janetschen Spülung hervor und markieren sich bei „vorderer" Injektion nicht stärker oder werden sogar durch die starke Dehnung etwas abgeflacht. Mein diesbezügliches Material ist aber noch nicht groß, so daß man daraus noch keine bindenden Schlüsse ziehen kann.

Histologisch besteht ja auch keine scharfe Grenze zwischen Infiltrat und Striktur, letztere geht allmählich durch bindegewebige Umwandlung aus dem ersteren hervor; daher wird man auch röntgenologisch niemals ganz scharfe Grenzen finden können. Vielleicht wird man weiterkommen, wenn man die Urethrographie mit der Endoskopie verbindet.

Digitized by Google

Wegen der Unmöglichkeit der scharfen Trennung will ich auch Infiltrate und Strikturen zusammen besprechen. In meinen Aufnahmen habe ich ihr Vorkommen 32mal feststellen können. 14mal war die P. cavernosa und bulbosa, 11mal die P. cavernosa und 7mal die P. bulbosa allein befallen. Selten sind die Strikturen vereinzelt, meist finden sie sich multipel; am ehesten finden sich einzelne Strikturen noch in der P. bulbosa. Ich möchte aber darauf hinweisen, daß ich in manchen Fällen Einziehungen an der unteren Seite der P. bulbosa gesehen habe, von denen ich nicht mit Sicherheit sagen kann, ob sie Strikturen oder Muskelwirkungen darstellen. Auf die 32 Kranken entfallen im ganzen 77 Strikturen; davon entfallen 46 auf die P. cavernosa, 31 auf die P. bulbosa. 15mal waren sie in der oberen Harnröhrenwand, 43mal an der unteren lokalisiert, 9mal waren sie zirkulär. Es ergibt sich aus dem Gesagten: die Strikturen sind häufiger multipel als einzeln; sie sitzen häufiger in der P. cavernosa als in der P. bulbosa, sie sind am häufigsten an der unteren Harnröhrenwand lokalisiert. Die Konfiguration wechselt natürlich in den verschiedensten Ausmaßen, bald sind sie lang, bald kurz, bald flach, bald spitz. Bei wiederholten Aufnahmen kann man feststellen, wie Strikturen mit der Länge der Zeit enger werden, oder wie sie durch die Behandlung abflachen.

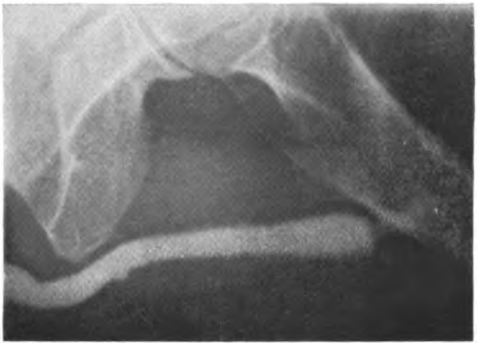


Abb. 1. Hochgradige Verengerung des Eichelteiles. Divertikel und erweiterte Drüsen in der P. cavernosa

Jedenfalls bestätigt sich die alte Erfahrung, daß raumverengende Prozesse sich nicht nur als Nachkrankheit des Trippers vorfinden, sondern schon während des Bestandes der floriden Erscheinungen, vom 2. Krankheitsmonate ab, nachgewiesen werden können.

Außer bei den genannten Fällen mit floridem Tripper habe ich Strikturen noch bei 6 Kranken nachgewiesen. Ein Kranker, der seit 5 Jahren an zystitischen Beschwerden litt, bei dem eine Sonde Nr. 13 nicht passierte, ließ im Röntgenbild multiple Strikturen der P. cavernosa auf, deren Ursache unbekannt blieb; vielleicht war eine nichtgonorrhoische Urethritis vorausgegangen. Ebenso hatte offenbar ein anderer Patient an nichtgonorrhoischer Urethritis gelitten, bei dem eine periurethrale Abszedierung eingetreten war; bei der Röntgenaufnahme fand sich nur die Fistel und eine Eindellung des Lumens an der Stelle des früheren Abszesses. Vielleicht lag ein gleicher Prozeß bei einem älteren Manne mit hochgradiger Verengerung des Eichelteiles der Harnröhre vor; die Entstehungsweise war nicht festzustellen, angeblich soll nach langem Anstehen um Streikunterstützung im Winter eine Entzündung der Harnröhre aufgetreten sein (Abb. 1). Bei 2 Kranken, die multiple hochgradige Strikturen der P. cavernosa und bulbosa aufwiesen, waren diese offenbar kongenital; einer von ihnen hatte zwar Tripper, doch war dieser ganz frisch und konnte

Digitized by Google

unmöglich die hochgradigen strikturierenden Veränderungen hervorgerufen haben. Schließlich sah ich noch multiple Strikturen der P. cavernosa und bulbosa bei einem Manne, der 2 Jahre vorher Tripper gehabt hat, der angeblich geheilt war.

Paraurethrale Gänge fand ich 5mal. 2mal waren sie multipel, 3mal isoliert; 2 isolierte befanden sich über der Harnröhre, der andere und die multiplen unter ihr. Beide Kranke mit multiplen Gängen und der eine mit isoliertem Gang über der Harnröhre litten an Hypospadie.

Im Gegensatz zu den Verengerungen sind Ausbuchtungen der Harnröhre selten zu sehen. So sah ich bei einem 18jähr. Manne, dessen Tripper angeblich erst etwa 5 Wochen alt war, an der Unterseite der Harnröhre, kurz hinter der Eichel zwei, in der P. bulbosa oben eine kleine kegelförmige Ausstülpung; ich halte es nicht für ausgeschlossen, daß es sich um erweiterte Lakunen handelt. Ein anderer Tripperkranker wies in der P. cavernosa oben und unten sowie unten in der P. bulbosa zahlreiche feine, meist fadenförmige, seltener kegelförmige Fortsätze des Harnröhrenschattens auf; ich glaube, nicht irre zu gehen, wenn ich diese für erweiterte Lakunen und Littrésche Drüsen halte. Ich glaube aber nicht, daß die Erweiterung auf den Tripper zurückzuführen ist, sondern auf die mit Phimose kombinierten, offenbar kongenitalen Strikturen, die bereits oben erwähnt wurden. Auch der oben angeführte Kranke mit der hochgradigen Verengerung des Eichelteiles der Harnröhre aus unbekannter Ursache, vielleicht durch unspezifische Entzündung, zeigte in der ganzen P. cavernosa oben und unten zahlreiche feine, manchmal knopfförmig endende Ausstülpungen der Harnröhre, sowie an der Grenze zur P. bulbosa unten ein ausgesprochenes Divertikel in Kegelform (Abb. 1).

Abb. 2. Hochgradige, kongenitale Striktur der ganzen P. anterior. Großer periurethraler Abszeß. Fistel mit eingeführter Sonde

Periurethrale Abszesse habe ich in folgenden Fällen gesehen:

Josef G., 23 Jahre alt, lag vom 20. XI. 1925 bis 21. XII. 1926 in meiner Abteilung wegen einer außerordentlich hartnäckig rezidivierenden Gonorrhoe, der auf keine Weise weder mit den modernsten, noch mit den unmodernen Methoden beizukommen war, so daß der Verdacht einer künstlichen Unterhaltung des Trippers nahelag. Als ich im Herbst 1926 mit Urethrographieren begann, machte ich auch von diesem Kranken eine Aufnahme. Es fanden sich neben starken Strikturen der P. cavernosa und bulbosa zahlreiche kleine periurethrale Abszeßbildungen in der Gegend der P. bulbosa, teils mit der Harnröhre zusammenhängend, teils isoliert. Die entsprechende Behandlung brachte dann Heilung.

Georg K., ein Gonorrhoiker mit Hypospadie und multiplen paraurethralen Gängen zeigt auf der Unterseite, kurz hinter der Eichel, einen periurethralen Abszeß im Anschluß an einen der paraurethralen Gänge.

Arthur R. war der Abteilung wegen Syphilis zugeschickt worden. Er litt an kongenitaler Phimose und einer Harnröhrenfistel knapp vor dem Penoskrotalwinkel. Im

Digitized by Google

Röntgenaufnahme zeigte eine hochgradige, offenbar kongenitale, Verengerung der ganzen Harnröhre. Bei der zweiten Aufnahme, 4 Monate später, fand sich weiter vorne am Penis eine neue Fistelöffnung. Die Röntgenaufnahme zeigte, daß die Fistel in einen großen, unregelmäßig begrenzten periurethralen Abszeß, etwa in der Mitte der P. cavernosa führte, der seinerseits mit der Urethra in Verbindung stand (Abb. 2).

Johann S., der bereits oben bei der Drüsenerweiterung herangezogene Kranke mit kongenitaler Striktur und Tripper, zeigte unter der P. bulbosa mehrere teils runde, teils unregelmäßig begrenzte periurethrale Abszesse, die teils untereinander teils mit der Harnröhre in Verbindung standen.

Alois M., angeblich nie geschlechtskrank, leidet an rechtsseitiger Hodenentzündung aus unbekannter Ursache. Im Röntgenbild sieht man multiple enge Strikturen der P. cavernosa und bulbosa und zahlreiche periurethrale Abszesse im Bereich der letzteren (Abb. 3).

Besonderes Interesse beansprucht die Konfiguration der P. bulbosa im Röntgenbilde. Normalerweise ist der Schatten mondförmig, konvex-konkav oder plankonvex, wobei die obere Begrenzung plan oder konkav erscheint. Gegen den M. sphincter externus zu nähern sich die obere und untere Begrenzung und der Schatten läuft in eine feine Spitze aus (Abb. 5). Nicht immer aber läuft der Bulbosaschatten in diese Spitze aus, sondern er kann auch plump, kolbenförmig enden. Langer und Wittkowsky bilden in ihrer Arbeit in der M. Kl., 1926, unter Nr. 3 einen solchen Fall von kolbenförmiger Endung der P. bulbosa ab und erklären diese durch eine harte Infiltration an dieser Stelle und die dadurch bedingte Starre der Harnröhrenwand. Nach meinen Untersuchungen bei Gonorrhoe des Mannes kommt diese kolbige Endung der P. bulbosa nicht so selten vor, unter 91 Aufnahmen fand ich sie 20mal, also in mehr als einem Fünftel der Fälle (Abb. 3). Es waren stets Patienten mit einem älteren Tripper, mit einer durchschnittlichen Krankheitsdauer von 11—13 Wochen, oder solche, die bereits früher Tripper gehabt haben. Ich führe diese eigenartige kolbige Form nicht allein auf die sicherlich vorhandene Schleimhautinfiltration zurück, dazu erscheint mir die Veränderung zu regelmäßig, während Infiltrate ja meist nicht die ganze Harnröhrenzirkumferenz gleichmäßig zu befallen pflegen. Ich glaube, daß auch der Muskel selbst beteiligt ist. Die entzündliche Infiltration durch Gonorrhoe bleibt ja nicht auf die Schleimhaut beschränkt sondern greift auch über diese hinaus, kann die Schwellkörper ergreifen, sicher auch den Muskel; dieser wird dann in seiner Elastizität beeinträchtigt. Das spitze Ende des Bulbosaschattens erkläre ich mir durch ein elastisches Nachgeben des M. sphincter externus unter dem Drucke der eingespritzten Flüssigkeit; anders wäre doch gar nicht zu erklären, warum der Muskel die Harnröhre nicht senk-

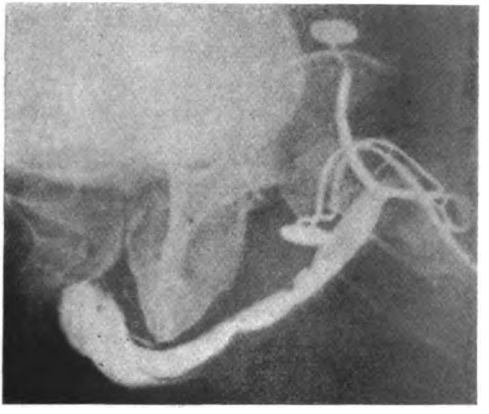


Abb. 3. Multiple Strikturen. Kolbenförmige Endigung der P. bulbosa. Periurethrale Abszesse

Digitized by Google

recht abschneiden sollte. Ist die Schleimhaut infiltriert und ist der Muskel in seiner Elastizität geschädigt und dadurch starrer, so gibt er nicht oder weniger nach, und es kommt dadurch zu dem kolbigen Ende der P. bulbosa. In dieser Ansicht bestärken mich auch Befunde, die von den geschilderten zwei Typen abweichen. Man kann bei spitzem Ende kleine, manchmal flaschenhalsartige Fortsätze über dieses hinaus oder sehr lang ausgezogene Spitzen sehen; andererseits finden sich bei kolbigem Ende kleine Fortsätze auf diese darauf gesetzt. Ich erkläre mir diese Formen durch eine zunehmende Starrheit des Muskels und dadurch bedingte leichte Insuffizienz. Diese Fälle bilden den Übergang zu Veränderungen, die ich bei den Befunden in der P. posterior besprechen werde.

Hier seien zunächst die Befunde an den Cowperschen Drüsen angeführt. Bei einem Tripperkranken mit einer Krankheitsdauer von etwa 4 Wochen fand sich an der Stelle der Cowperschen Drüse ein kleiner runder Abszeß. Der bereits mehrfach erwähnte Kranke mit der hochgradigen Striktur des Eichelteiles hatte mehrere kleine, unregelmäßige Abszesse der Cowperschen Drüsen. Ein 42jähr. Mann mit einer seit 5 Jahren bestehenden Zystitis hatte neben einer hochgradigen Striktur der vorderen Harnröhre einen kleinen Cowperschen Abszeß (Abb. 4).

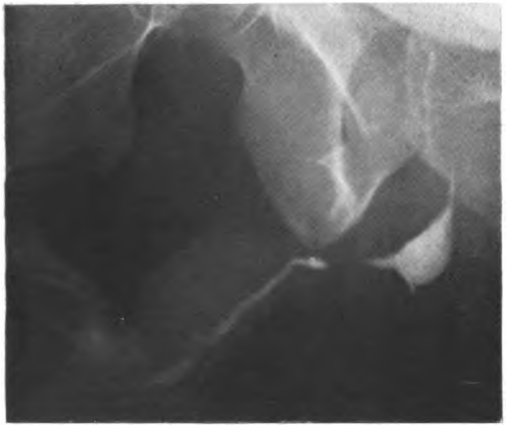


Abb. 4. Hochgradige Striktur der P. cavernosa. Abszeß der Cowperschen Drüse

Hintere Harnröhre. In ihrer Arbeit in der M. Kl. sagen Langer und Wittkowsky, daß die hintere Harnröhre unter normalen Verhältnissen stets leer sei; Schattenbildung in dieser bedeute immer pathologische Veränderung. In der Arbeit in der Zschr. f. urol. Chir. modifiziert dagegen Langer (2) diese Ansicht etwas, indem er sagt, die hintere Harnröhre erscheine unter normalen Verhältnissen leer oder als fadendünner Streifen. Ähnlich drücken sich Partsch und Breitländer (3) aus. Auf Grund meiner Untersuchungen möchte ich mich aber der von Langer und Wittkowsky ausgesprochenen Ansicht anschließen und sagen, daß jeder Schatten in der P. posterior, auch wenn er nur fadendünn ist, pathologisch ist.

Schattenbildung in der Posterior bei „vorderer Aufnahme" ist häufiger als man denkt; unter 91 Aufnahmen war 59mal die Posterior leer; 32mal wies sie einen Schatten auf (Abb. 6). Die Schattenbildung kann die verschiedenste Form und Ausdehnung haben: bald ist nur ein dünner, kürzerer oder längerer Strich zu sehen, bald sind größere Mengen der Injektionsflüssigkeit in der hinteren Harnröhre geblieben, so daß sich der Colliculus seminalis deutlich abzeichnet. Diese Kranken hatten alle eine bereits

Digitized by Google

länger bestehende Gonorrhoe, die durchschnittliche Krankheitsdauer betrug 17 Wochen; Kranke, deren Tripper jüngeren Datums war, hatten ausnahmslos bereits früher Gonorrhoe gehabt. Bei den meisten war das Prostatasekret stark leukozytenhaltig, im Gegensatz zu denen, die die oben beschriebenen Veränderungen in der P. bulbosa hatten, deren Prostatasekret nur wenige oder mäßig zahlreiche Leukozyten enthielt. Das Verbleiben der Kontrastmasse in der Posterior erkläre ich mir durch die Starrheit der Harnröhrenwand, bedingt durch die Infiltration der Schleimhaut und der darunter gelegenen Gebilde. Ich sehe darin eine Fortsetzung des Prozesses, den ich bei den Veränderungen der P. bulbosa geschildert habe. Die Infiltration der Schleimhaut und des M. sphincter externus macht diesen starr und unelastisch, so daß der Bulbosaschatten nicht mehr spitz, sondern plump, kolbenförmig erscheint. Bei zunehmender Rigidität wird der Muskel insuffizient und läßt kleinere Mengen der Kontrastflüssigkeit tiefer eindringen oder ganz in die P. posterior passieren. Ist diese auch starrer als normal, so bleiben Teile der Injektionsflüssigkeit in ihr liegen. In dieser Ansicht bestärken mich die oben als Übergänge erwähnten Bilder von Veränderungen des Bulbosaschattens und die Tatsache, daß bei Patienten mit Veränderungen in der P. bulbosa die Krankheitsdauer kürzer, die Affektion der Prostata geringer ist als bei Kranken mit Schattenbildung in der Posterior.

Abb. 5. Aufnahme der ganzen Harnröhre. Normale Endigung der P. bulbosa. Füllung der Ductus ejaculatorii

Bringt man sich durch eine „hintere Aufnahme" die P. posterior zur Ansicht, so finden wir ein im allgemeinen gleichmäßiges Bild (Abb. 5). Die Ansicht von Bronner (4), daß auch bei stärkstem Drucke die Posterior nur als dünner Faden darzustellen ist, habe ich nicht bestätigt gefunden. Hinter einer durch den Sphincter externus bedingten Einschnürung erweitert sich der Schatten in der P. membranacea etwas, wird aber dann schmal, wo die P. prostatica anfängt. Der Colliculus seminalis wird von der Injektionsmasse meist nicht bedeckt, sondern umflossen, so daß er als Aussparung deutlich zu erkennen ist. Hinter dem Samenhügel verengt sich der Schatten wieder bis zum Sphincter internus, von wo die Masse sich entweder trichterförmig auseinander breitet und längs der Blasenwand herabläuft oder als schmales Band noch eine Strecke in der Blase zu verfolgen ist. Das intravesikale Aussehen des Schattens hängt vom Füllungszustande der Blase ab. Natürlich gibt es auch Abweichungen von diesem Bilde: manchmal ist der Schatten mehr gleichmäßig breit, ein niedriger Kollikulus wird nicht um-, sondern überflossen, hinter dem Sphincter externus teilt sich die Füllmasse usw. Als be-

Digitized by Google

merkenswert möchte ich hervorheben, daß ich in zwei Fällen in der Aussparung des Kollikulus einen feinen strichförmigen Schatten feststellte, den ich für den Utriculus prostaticus ansehe.

Von pathologischen Befunden ist zunächst die Füllung von Prostatagängen zu erwähnen. Durch die Infiltration werden die Gänge starr und erweitert und füllen sich mit dem Kontrastmittel. Man sieht dann aus einer oder beiden Seiten des Kollikulus einen oder mehrere, manchmal paarige fadenförmige Schatten abgehen, die teils gerade, teils gewunden, spiralig verlaufen. Manchmal enden sie mit einer knopfförmigen oder kolbigen, kugeligen Auftreibung, einem kleinen Abszesse. Im Einzelfalle kann nicht immer mit völliger Sicherheit gesagt werden, ob man einen Prostatagang oder einen Ductus ejaculatorius vor sich hat. 8mal habe ich solche Gänge gesehen; es handelte sich stets um Kranke mit längerer Zeit anhaltender oder mit alter offenbar ungeheilter Gonorrhoe, die andauernd Gonokokken im Ausfluß hatten, oder bei denen trotz aller Behandlung die Leukozyten aus dem Prostatasekret nicht weggehen wollten.

Charakteristisch ist folgende Krankengeschichte: Bernhard Sch., 28 Jahre, aufgenommen 24. VI. 1929. Hatte 1920 unkomplizierten Tripper. November 1928 angeblich nichtansteckenden Ausfluß. Wurde bis März 1929 ärztlich behandelt, ohne daß wesentliche Besserung eintrat. Wurde deshalb in ein Krankenhaus aufgenommen, wo er mit Stäbchen und intravenösen Injektionen behandelt wurde. Der Ausfluß ging zurück, kam aber nach der Entlassung wieder. Trotz weiterer Behandlung keine Besserung. Bei der Aufnahme bestand mäßig starker Ausfluß mit sehr vielen Gonokokken, der Urin war in beiden Portionen trüb. Die Röntgenaufnahme ergab: „Die P. posterior auch bei ‚vorderer' Aufnahme gefüllt. Hinter dem Kollikulus zweigen zwei stierhornartige Schatten ab, von denen besonders der linke sehr breit ist." Meines Erachtens waren es die Ductus ejaculatorii (Abb. 5).

Andere Veränderungen in der P. prostatica, die die Röntgenuntersuchung aufdeckt, sind die Prostataabszesse.

Willy M., 15. XII. 1927 bis 4. III. 1928. Gonorrhoe seit Anfang Dezember 1927. Urin in beiden Portionen trüb. Während des ganzen Aufenthaltes waren trotz entsprechender Behandlung (Dehnungen, Prostatamassage, Arzberger, Spülungen usw.) im Ausfluß stets Gonokokken zu finden; das Prostatasekret enthielt stets viele Leukozyten. Die am 10. II. 1928 vorgenommene Röntgenaufnahme zeigte einen feinen Prostatagang, an seinem Ende einen großen Abszeß.

Willy V., 4. X. 1928 bis 10. I. 1929. 1925 Tripper. Seit Mai 1928 wieder Tripper, der trotz Behandlung mit Einspritzungen und Spülungen nicht heilte. Urethritis totalis. Dauernd Gonokokken im Ausfluß, Prostatasekret enthält viele Leukozyten. Rezidiv nach Provokation. Röntgenuntersuchung am 21. XII. 1928 ergibt: „Bei ‚vorderer' Aufnahme eine kleine Fortsetzung des Bulbosaschattens, etwas Füllmasse neben dem Kollikulus, am oberen Ende der Prostata ein kleiner Abszeß. Bei ‚hinterer' Aufnahme war dieser verdeckt."

Wilhelm Sch., 13. XI. 1928 bis 5. IV. 1929. Tripper seit einer Woche. Trotz Behandlung dauernd Gonokokken im Ausfluß, viel Leukozyten im Prostatasekret. Röntgenuntersuchung am 30. III. 1929: „Bei ‚vorderer' Aufnahme ein großer Prostataabszeß; bei ‚hinterer' zeigt sich auch der Verbindungsgang mit der Harnröhre." Patient ging ungeheilt ab (Abb. 6).

Diese Krankengeschichten erscheinen mir grundsätzlich sehr wichtig. Sie zeigen, daß bei Patienten mit hartnäckiger, stets rezidivierender Gonorrhoe, mit dauernd pathologischem Prostatasekret durch die Röntgenuntersuchung schwere Veränderungen in der Prostata aufgedeckt werden können, die klinisch nicht feststellbar sind. Bei dem ersten der angeführten Kranken war der linke Prostatalappen etwas druckschmerzhaft, bei dem letzteren war die ganze Prostata etwas vergrößert und schmerzhaft; ein Abszeß

Digitized by Google

war nicht zu fühlen. Bei dem anderen Kranken erschien die Prostata palpatorisch normal.

Multiple Prostataabszesse sah ich auch bei einem Patienten mit Harnröhrenstriktur und Blasenstein (Abb. 7).

Nebenbei wurden Beobachtungen über die Kapazität der Harnröhre gemacht. Bei 106 „vorderen" Aufnahmen war die Blase 47mal leer; 9mal war etwas von der Injektionsmasse in die Blase gelangen. Davon war in 43 Fällen auch etwas in der P. posterior geblieben, 16mal war diese leer. Es zeigt sich also, daß etwa in der Hälfte der Fälle bei den gewöhnlichen Tripperspritzen mit 10ccm etwas von dem Medikament in die Blase gelangt; bei dem größeren Teile von diesen ist der Sphincter externus insuffizient. Bemerkenswert ist auch, daß unter 43 Fällen, bei denen nicht 10, sondern 15ccm injiziert worden waren, 4mal nichts in die Blase gekommen war. Es kommen also auch Fälle von großer Harnröhrenkapazität vor.

Abb. 6. Aufnahme der vorderen Harnröhre. Es findet sich auch in der P. posterior Kontrastmittel. Prostataabszeß

Abb. 7. Strikturen. Multiple Prostataabszesse

Diejenigen, die wissenschaftliche Untersuchungen nur vom Standpunkt ihrer Ausnützbarkeit für die Praxis betrachten, werden nun fragen, welche Bedeutung die Urethrographie für die Behandlung des Trippers habe. Ich will hier nicht den vielgesagten und wenig sagenden Satz von der „wertvollen Bereicherung unseres diagnostischen Rüstzeuges" anbringen. Ich bin vielmehr der Meinung, daß die Urethrographie für die Behandlung des — sit venia verbo — Feld-, Wald- und Wiesentrippers keine Bedeutung hat. Man darf meines Erachtens die Behandlung des Trippers nicht mit Methoden belasten, die der Venereologe schwer, der praktische Arzt gar nicht ausführen kann, das würde nur Unsicherheit bringen. Ebenso wie die meisten „hartnäckigen Tripper" auf unsachgemäßer Behandlung beruhen, ebenso kann auch ein Tripper lediglich durch Einspritzungen geheilt werden. Wenn aber eine Gonorrhoe trotz fachmännischer Behandlung (nicht jede fachärztliche Behandlung ist auch fachmännisch)

Digitized by Google

nicht heilen will, gewisse Verlaufsanomalien zeigt (dauernd viele Leukozyten im Prostatasekret u. ä.), dann kann die Urethrographie wertvolle Aufschlüsse über deren Ursache geben und die Behandlung auf den richtigen Weg weisen. Diese Hilfe durch die Urethrographie kann so ausschlaggebend sein, daß man in diesen Fällen von einer Indikation für die Urethrographie reden kann.

Die Deutung der urethrographischen Bilder erfordert natürlich eine gewisse Übung, besonders wichtig ist es, daß man nicht zuviel in die Bilder „hineinsieht". Grundsätzlich halte ich es für richtig, wenn in jedem Falle zwei Aufnahmen, eine „vordere" und eine „hintere" gemacht werden. Beide Bilder ergänzen sich, manche Veränderungen sind bei der einen, manche bei der anderen Aufnahmemethode deutlicher. Auch kann man sich durch die doppelte Aufnahme vor Täuschungen bewahren: so sah ich z. B. einmal bei „vorderer" Aufnahme einen runden Schatten in der P. prostatica, der gut für einen Prostataabszeß angesprochen werden konnte; bei „hinterer" Aufnahme fand sich dann aber dieser Schatten in der Blase, es war ein kleiner Tropfen des Kontrastmittels. Ist eine doppelte Aufnahme aus irgend welchen Gründen nicht möglich, dann empfehle ich eine „hintere" Aufnahme zu machen. Jedenfalls glaube ich, daß nicht nur bei alten Fällen, wie Langer ursprünglich meinte, sondern auch bei frischeren (natürlich nicht bei ganz akuten) die Urethrographie ohne Schaden für den Kranken vorgenommen werden kann und recht wertvolle Dienste leistet.

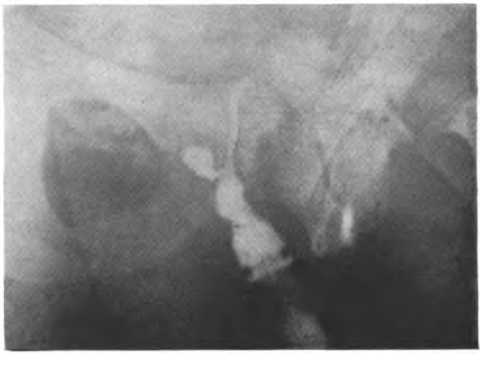


Abb. 8. Harnröhre der Frau mit paraurethralem Gang

Urethrographie bei der Frau

Bei der Frau verspricht die Urethrographie schon von vornherein nicht so reiche Ausbeute wie beim Manne, da die Komplikationen, die beim Manne durch die Urethrographie hauptsächlich aufgezeigt werden, bei der Frau selten oder gar nicht vorkommen. Um zu sehen, was sich feststellen läßt, habe ich auch bei der Frau urethrographische Aufnahmen gemacht, was bisher meines Wissens noch nicht geschehen ist. Mein Material ist noch klein, 32 Fälle, doch mache ich schon Mitteilung, um zu gleichen Untersuchungen an einem anderen Material, als es auf einer venereologischen Abteilung vorkommt, anzuregen.

Die Technik der Aufnahme ist der beim Manne analog; die Patientin liegt $^1/_8$ links gedreht mit ausgestrecktem rechtem und angezogenem linken Beine. Die Aufnahme kann natürlich nur bei fließendem Kontrastmittel erfolgen; es ist darauf zu achten, daß die Spritze genau in der Mittellinie der Kranken gehalten wird, da man jene fest andrücken muß und

Digitized by Google

abei Gefahr läuft, die Mündung an den Schambeinast anzudrücken, wo-
urch die Aufnahme mißlingt.

Auf dem Röntgenbild der weiblichen Harnröhre fällt zunächst die
ewaltige Erweiterungsfähigkeit des vorderen Abschnittes auf; das vordere
rittel oder auch die vordere Hälfte zeigen eine kappenförmige oder
elmartige Erweiterung, dann wird der Schatten schmäler und läuft gleich-
äßig breit zum Orificium internum. In einigen Fällen sah ich, daß der
chatten viel enger als sonst wurde, so daß man an eine Striktur denken
ußte: der Vergleich mit den endoskopischen Befunden lehrte aber, daß
n 5 von 7 Fällen dort die Schleimhaut gerötet und geschwollen war.
s lag also keine wirkliche Verengerung, sondern eine stark herabgesetzte
rweiterungsfähigkeit vor. In einem Falle sah ich hinter der oben er-
ähnten Erweiterung des vordersten Harnröhrenabschnittes eine Verenge-
ung und dann wieder eine gewaltige ampullenartige Erweiterung, die
as mittlere Drittel einnahm. Bei einer Kranken sah ich unmittelbar
inter der vorderen Erweiterung einen langen, kolbenartig erweiterten
raurethralen Gang. Daß ohne diesen zufälligen urethrographischen Be-
und die Kranke eine „hartnäckig rezidivierende Urethralgonorrhoe" gehabt
ätte, ist mir klar (Abb. 8).

Nachtrag bei der Korrektur. Seit Fertigstellung der Arbeit habe ich noch
n 63 Kranken 159 urethrographische Aufnahmen gemacht. Ich fand: 16 Strikturen
n der P. cavernosa und bulbosa, 6 Strikturen in der P. cavernosa, 4 Strikturen in der
. bulbosa allein, 1 periurethrales Infiltrat, 8 Prostataabszesse und 29mal fand sich auch
ei vorderer Aufnahme Kontrastmittel in der P. posterior.

Literatur

Ich zitiere nur die Arbeiten, auf die ich mich in der Arbeit ausdrücklich beziehe:
1. Langer u. Wittkowsky, Röntgenstudien der normalen und erkrankten Harn-
öhre. Arch. f. Derm., 1926, Bd. 151, S. 481—486, ferner M. Kl., 1926, Nr. 13. —
. Langer, Diagnose und Behandlungskontrolle der Harnröhrenerkrankungen mittels Rönt-
enaufnahmen. Zschr. f. urol. Chir., 1927, Bd. 21, S. 301—314. — 3. Partsch u. Breit-
ander. Untersuchungen bei chirurgischen Urethralerkrankungen und -verletzungen
ittels der Röntgenaufnahme nach Kontrastfüllung. Zbl. f. Chir., 1927, S. 2276. —
. Bronner, Das Röntgenbild der männlichen Harnröhre, vor allem der Posterior. Bruns'
eitr., Bd. 136, S. 180—192.

Aus der Dermatologischen Abteilung des Rudolf-Virchow-Krankenhauses
(Dirig. Arzt: Prof. Dr. A. Buschke)

as Guttadiaphotverfahren beim Abklingen klinischer Erscheinungen der Geschlechtskrankheiten

Von

Dr. Rolf Doctor, Hilfsarzt der Abteilung

Wir hatten in der Medizinischen Klinik (Jahrg. 1928, Nr. 52) in
ner Arbeit „Untersuchungen über Luesdiagnostik nach dem Guttadiaphot-
erfahren im Vergleich zur WR und MR" berichtet. Ebenso wie später
LCMENTHAL und Saito, Mohrmann und Blut u. a. kamen wir zu dem
rgebnis, daß die Reaktion als diagnostisches Hilfsmittel für Lues abzu-
hnen ist.

Digitized by Google

Nach Rücksprache mit Prof. V. SCHILLING prüften wir jetzt die Reaktion unter anderen Gesichtspunkten. Die Methode soll erstens jede akute Infektion anzeigen. Zweitens soll nach den neuesten Feststellungen ein positives Guttadiaphot durch jede Salvarsaninjektion negativ werden und in immer schwächerem Grade nach 2—3 Tagen wiederkehren. Wir haben deswegen die Methode während des Krankheitsverlaufes bei komplizierten Gonorrhoen (Epididymitiden), Ulcera mollia mit Bubonen und bei frischen Luesfällen bis zum Abklingen der akuten Erscheinungen geprüft, um zu kontrollieren, ob sich bei Geschlechtskrankheiten graduelle Parallelen zwischen klinischem Verlauf und Guttadiaphotreaktionen ziehen lassen.

Wir haben den Verlauf von 30 Lues-, 15 Ulcera-mollia-Fällen, kompliziert durch Bubonen und 25 Gonorrhoen, kompliziert durch Epididymitiden geprüft. Bei jedem unserer Fälle stellten wir gleichzeitig die Blutsenkungsreaktion (WESTERGREEN), bei Gonorrhoen außerdem die Gonorrhoe-Komplementreaktion an und haben bei Ulcera mollia und teilweise bei Gonorrhoen die Guttadiaphotreaktion vor und nach Milchinjektionen und bei der Entlassung nach Abklingen der akuten Erscheinungen bzw. nach Abheilung geprüft. In jedem Falle wurde parallel der Guttadiaphotreaktion die WR gemacht. Wir fanden die Senkungsreaktion in allen Fällen stark beschleunigt und sahen, daß beim Abklingen der Erscheinungen bei Gonorrhoen und Ulcera mollia auch die Senkung eine Besserung zeigte, aber nur in wenigen Fällen normal wurde. Bei Luesfällen, von denen wir allerdings nur 4 von 30 bis zum Abschluß der Kur beobachten konnten, da die Patienten meist nach dem Abklingen der Erscheinungen das Krankenhaus verlassen und die Kur ambulant fortsetzen, wurde die Senkung normal, ebenso die WR in 3 Fällen negativ.

Die Gonorrhoe-Komplementreaktion war in 23 von 25 Fällen positiv und zeigte in allen 23 Fällen bei der Entlassung noch ein positives Ergebnis, was nach Ansicht einiger Autoren noch wochen- und monatelang nach klinischer Heilung bestehen kann.

In allen 70 Fällen zeigte, grobschematisch gesprochen, das Guttadiaphot vor der Behandlung ein positives Bild, wenn auch nicht auf jedem der 3 Streifen. Zu erwähnen ist, daß bei Gonorrhoe und Ulcera mollia besonders empfindlich der rote und grüne Streifen sich zeigte, in zweiter Linie erst der blaue.

Von 11 mit Milchinjektionen behandelten komplizierten Gonorrhoen wurde nach 24 Stunden in 4 Fällen die bisher auf dem blauen Streifen negative Reaktion positiv, rot und grün blieben unverändert. So ähnlich verhielt sich die Reaktion bei mit Milch behandelten, durch Bubonen komplizierten Ulcera mollia. Hier wurden von 11 Fällen 3 auf dem vor der Injektion negativ gebliebenen blauen Streifen positiv, rot und grün veränderte sich nicht. Einen Parallelismus zwischen der Reaktion und der Stärke der klinischen Erscheinungen konnten wir nicht feststellen. Auffallend war, daß bei Gonorrhoe die Reaktion in 20 Eällen vor der Behandlung komplett, bei Ulcera mollia in keinem von 11 Fällen komplett positiv war.

In allen Fällen von Gonorrhoe und Ulcera mollia mit Bubonen, die sämtlich inzidiert wurden, und die wir bis zur Abheilung beobachten konnten, blieb die Guttadiaphotreaktion gleichstark und positiv.

Digitized by Google

Von den Luesfällen konnten, wie schon erwähnt, leider nur 4 bis zum Abschluß der ersten Kur beobachtet werden; bei allen waren jedoch die klinischen Erscheinungen abgeklungen. Die Fälle wurden mit Calomel, Calomel + Bismogenol, Spirobismol, Spirobismol + Neosalvarsan, Bismogenol, Bismogenol + Neosalvarsan und Bismogenol + Hg-Schmierkur behandelt. Die Guttadiaphotreaktion wurde bei den mit Neos. + Bi. bzw. + Spiro. zwar am 2. Tage nach der Neosalvarsaninjektion schwächer, kehrte aber am 4. Tage ebenso stark wie vor der Injektion zurück. Erst nach 2,5—3 g Neosalvarsan war eine in geringem Grade und für das geübtere Auge erkennbare schwächere Reaktion festzustellen.

Im ganzen konnten wir sehen, daß die Guttadiaphotreaktion nach 10—16 Spirobismolinjektionen in 13 von 14 Fällen gleich blieb, 1 Fall wurde schwächer. Nach Calomel bzw. kombiniert mit Spirobismol, Bismogenol oder Inunktionskur wurde in 9 Fällen 8mal die Reaktion stärker, in 1 Fall schwächer. Von 7 mit Bi behandelten Fällen wurden 3 schwächer, 4 zeigten dieselbe Reaktion wie vor der Behandlung.

Auch bei den 4 durchbehandelten Fällen (2 Neos. + Bi, 1 Neos. + Spiro., 1 Bi) waren die Guttadiaphottafeln noch positiv, jedoch in allen Fällen schwächer als vor der Behandlung. In 3 Fällen (2 Neos. + Bi, 1 Neos. + Spiro.) wurde dagegen die WR negativ. In allen übrigen Fällen blieb der Ausfall der WR auch während der Kur und bei Entlassung gleichstark.

Zusammenfassend ist zu sagen, daß ein Parallelismus zwischen Schwere der Erkrankung und Reaktion nicht festgestellt werden konnte. Nach und während der Behandlung zeigten sich zwar bei Lues Unterschiede im Ausfall der Reaktion, die aber viel zu gering sind, um bei der klinischen Beurteilung herangezogen werden zu können. Als Hilfsmittel zur Beurteilung von venerologischen Erkrankungen können wir der Methode deswegen auch keinen Wert beimessen. Wir halten es aber für möglich, daß die Reaktion in der inneren Medizin im Verein mit Hämogramm und Blutsenkungsgeschwindigkeit wertvollere Schlüsse zuläßt.

Versammlungen

Berliner Dermatologische Gesellschaft

Sitzung vom 14. Mai 1929

Bericht von L. Kleeberg-Berlin

An der Univ.-Hautklinik demonstriert:

Gottron: 1. Lupus pernio.

2. Aleukämische Lymphadenose der Haut.

3. Lichen ruber auf Varizen.

4. Pseudopelade.

Freund: 1. Keratoderma palmare et plantare hereditarium.

2. Brocqsche Krankheit.

3. Ungewöhnlich große Aphthen am Gaumen.

Rosenthal, F.: Trichophytie und Sycosis non parasitaria.

Buschke: 1. Atrophie des subkutanen Fettgewebes.

8jähr. gesundes Kind. Mit 3¾ Jahren Beginn des jetzigen Leidens mit prickelnden Empfindungen an der linken Gesäßhälfte, seitdem langsam progrediente Abmagerung des linken Gesäßes und Oberschenkels. Bei intakter Haut gruben-

Digitized by Google

förmige Vertiefungen, die ziemlich scharf abgesetzt nur einer Atrophie des subkutanen Fettgewebes entsprechen können.

2. Karzinom des Penis nach Verbrennung.

54jähr. Mann. Vor 7 Wochen im Anschluß an Verbrennung durch siedendes Schmalz weiße Blase am Glied, nach Platzen entstanden warzenähnliche Wucherungen. Probeexzision vom Rande des Tumors ergibt in Plattenepithelkarzinom übergehendes spitzes Kondylom.

3. Vitiligo bei einem Falle von Neurolues.

50jähr. Mann mit exzessiver und sehr ausgedehnter Vitiligo. Neurolues (Anisokorie, fast völlige Pupillenstarre, Areflexie).

4. Carcinoma penis.

61jähr. Mann. Ganzen Penis und die Dorsalfläche einnehmender ulzerierter Tumor. Probeexzision: In Zerfall befindliches verhornendes Plattenepithelkarzinom.

5. Vitiligo der linken Augenbrauen- und Temporalseite des linken Kopfes, welche strichförmig das Haarkleid betrifft, bei 32jähr. Mann.

6. 51jähr. Mann mit Intelligenzstörung und ausgedehnter **Neurofibromatose.**

7. Säugling mit schwerer Rittershainscher Erkrankung.

Löhe: 1. Leishmaniose (Aleppobeule).

27jähr. Mann. Pat. hielt sich von Herbst 1925 bis März 1929 in Persien und Afghanistan auf. Beginn der Krankheit in der Zeit von Oktober 1927 bis März 1928. Februar 1928 bildete sich je ein kleiner Herd am rechten Unterarm und am linken äußeren Augenwinkel, der langsam größer, nach einigen Wochen geschwürig wurde. Pat. vergleicht den Beginn eines Knotens mit einem Insektenstich, durch den die Haut sich etwas rötet, bald aber in der Tiefe hart wird. Im Laufe der nächsten 6 Monate traten etwa 10 Stellen am rechten Unterarm und eine hinter dem linken Ohr auf. September bis Oktober 1928 in Bombay Antimon- und Salvarsanbehandlung, worauf Stillstand eintrat. Seit September 1928 zeigten sich geschwulstähnliche Herde am linken Ellenbogen und Handrücken, die schnell zerfielen. 15. März bis 14. April 1929 Behandlung im Tropeninstitut Hamburg durch Mühlens mit Neostibosan und Salvarsan. Inzwischen Verschlimmerung der Herde der Extremitäten, während der am linken Auge abheilte. Es bestehen frische Herde an beiden Ellenbogen außen und auf dem linken Handrücken, erstere kleinhandteller-, letztere einmarkstückgroß. An allen ist ein tiefes Infiltrat zu fühlen, die Haut ist oberflächlich ulzeriert, mit eingetrockneten Borken bedeckt, nach deren Abhebung reichlich klares Serum zu gewinnen ist, welches in allen Herden reichlich Leishmankörperchen enthält, der Herd hinter dem linken Ohr ist etwa dreimarkstückgroß, oberflächlich überhäutet, mäßig infiltriert, auch in ihm zahlreiche Leishmankörperchen. An der Beugeseite des linken Vorderarmes sieht man neben 4 frischen etwa erbsengroßen, unter der Haut gelegenen Knoten, die sich gut abgrenzen lassen, 5 zehnpfennigstück- und einen fünfmarkstückgroßen, zentral eingesunkene, bräunliche, weiche atrophische Narbenherde als Rest von früheren Geschwüren. Schwellung der Kubital-, Axillar- und Zervikaldrüsen links. Unter Injektionen mit Berberinsäure (1%ige Lösung) ist ein deutlicher Rückgang sowohl der alten wie der neuen Herde bis heute festzustellen.

2. Lupus erythematodes.

60jähr. Frau. Befallen sind zur Zeit hauptsächlich Gesicht, behaarter Kopf, Hals, obere Rückenpartie, Arme, Hände, Füße (Streckseiten) und Mundschleimhaut. Im Mund konfluierende Herde auf der Schleimhaut der Lippen, Wangen, Zunge und des weichen Gaumens. An den Streckseiten der Vorderarme und am Kniegelenk fühlt man eine größere Zahl erbsen- bis kirschgroßer, subkutaner derber Knoten, die sich zum Teil aus Hautherden des Lupus eryth. entwickelt und histologisch als Erythema induratum erwiesen haben. Pirquet: stark positiv. An den Lungen ältere verkalkte Herde im rechten Oberfeld.

3. Vakzine an der Ohrmuschel.

39jähr. Frau. Übertragung von Impfpusteln des Kindes auf die Mutter. Impfung des Kindes am 18. IV. 1929. Pocken entwickelt am 25. IV. Am 2. V. entstand bei der Mutter, die an Ohrekzem leidet, an der rechten Ohrmuschel ein Geschwür, das schnell größer wurde, nachdem ein Zugpflaster aufgelegt worden war. Das rechte Ohrläppchen, Helix, Anthelix und der äußere Gehörgang, der fast verlegt ist, sind hochgradig geschwollen, gerötet. Die kastaniengroße Geschwulst trägt an der Ober-

Digitized by Google

fläche einen bis in den Gehörgang reichenden Geschwürsdefekt, der mit grünlich-schwärzlichen Massen bedeckt ist, nach deren Ablösung eine blutende unebene Geschwürsfläche zutage tritt. Die Schwellung setzt sich vom Ohr auf die rechte Gesichtshälfte fort. Die Präaurikular-, Submaxillar- und Zervikaldrüsen sind stark geschwollen. Tierversuch nach Paul (Institut Robert Koch) beim Kind positiv, bei der Mutter negativ (vorausgegangene Desinfektion!). Rückgang auf indifferente Behandlung.

Alexander: 1. Poikilodermia vascularis atrophicans Jacobi.

66jähr. Frau mit mehreren großen, über Rücken, Brust und Hals verteilten Herden, die der Poikilodermia atrophicans vascularis Jacobi ähneln. Histologisch Rückenexzision, geringe Entzündung und Gefäßerweiterung im Papillarkörper, ziemlich stark ausgesprochenes Ödem. Differentialdiagnostisch kommt vor allem die Parakeratosis variegata in Betracht, doch fehlt jegliche Knötchenaussaat.

2. Ulzeriertes Erythema induratum und Skrofuloderm.

25 Jahre alte Pat. mit zur Zeit latenter Lungentuberkulose, an den Unterschenkeln neben Narben papulo-nekrotischer Tuberkulide ulzerös zerfallenes Erythema induratum und ein geschlossenes Skrofuloderm. Daneben bestanden vor 2 Monaten einige jetzt in Rückbildung begriffene Lupuseffloreszenzen an einem Unterschenkel und ein sehr ausgesprochener Lichen scrophulosorum.

3. Acrodermatitis chronica atrophicans.

Fischer, W.: Naevuskarzinom.

62 Jahre alter Mann. An Stelle eines kleinen braunen Naevus durch Reizung seit 1914 eine Wucherung, die wiederholt auch mit Röntgen behandelt ist. In den letzten Jahren angeblich kein besonderes Wachstum. Zur Zeit kirschgroßer, weicher, oberflächlicher, ulzerierter, blauroter Tumor, von verhältnismäßig weicher Konsistenz mit Verwachsung auf der Unterlage, keine regionären Drüsen. Therapie: Radium.

Rosenthal, O.: Die Heilbarkeit der Syphilis vom klinischen und therapeutischen Standpunkte (Vortrag).

Eine Immunität beim Menschen besteht nicht, wie die zahlreichen Beobachtungen über Reinfektion beweisen. Die Syphilis ist heilbar, sogar spontan heilbar. Nur ist ein Beweis dafür weder klinisch noch durch Untersuchungsmethoden zu erbringen. Die Frühdiagnose und die abortive Behandlung sind als moderne Errungenschaften zu verzeichnen. Die Majorität der Autoren rät zu einer mehrmaligen Wiederholung der Kuren. Die in den beiden letzten Dezennien vielfach beobachtete Abwanderung von der Haut, der Schleimhaut und dem Knochensystem zu den inneren Organen, wird auf die Intensivierung der Therapie vielfach zurückgeführt. Zwar gewährt die rationelle kombinierte Behandlung gegen spätere Folgen den besten Schutz, aber eine Zusammenstellung der verschiedenen Resultate ist zur Zeit noch nicht möglich. Denn über verschiedene Punkte, die Wahl des Präparates, Größe der Dosis, Art der Einverleibung, Ausdehnung der Kuren, Zahl derselben, Zwischenräume und Gesamtdauer besteht Verschiedenheit der Meinungen. Hier wären gewisse Zentren der Behandlung, die nach genau festgelegten Prinzipien verfahren, von Vorteil. Während über die Wirkungen und Nebenwirkungen des Quecksilbers und des Salvarsans genügende Erfahrungen vorhanden sind, wird man erst in Jahrzehnten einen einigermaßen zutreffenden Vergleich zwischen diesen Präparaten und dem Wismut aufstellen können. Gegen die Intensivierung der Behandlung und die Steigerung der Dosen bis an die Grenzen der Toleranz, die besonders in der maximalen Frühbehandlung von E. Hoffmann einen prägnanten Ausdruck fand, ist von vielen Seiten Widerspruch erhoben worden. R. stellt eine Anzahl gegen dieses Vorgehen zu erhebender Bedenken zusammen, so die geschichtlichen Erfahrungen über die maximale Quecksilberbehandlung, die Resultate auf dem Gebiete der Hormone, Vitamine und parentralen Therapie, die oligodynamische Wirkung der Schwermetalle und die experimentellen Ergebnisse beim Jod. Auch die klinischen Tatsachen sowohl beim Quecksilber wie beim Salvarsan und auch beim Wismut sprechen gegen die Steigerung der Dosen als Maximum. Auch wird jede Individualisierung dadurch in Frage gestellt. Die vielfachen Behauptungen der Zunahme der Nerven- und Gefäßerkrankungen, des früheren Auftretens und des kürzeren Zwischenraums zwischen Infektion und erstem Auftreten der viszeralen Erkrankungen sind trotz der zahlreichen vorliegenden klinischen und Sektionsergebnisse noch nicht genügend geklärt. Hier werden erst vielleicht nach Dezennien sorgsame Statistiken genügenden Aufschluß geben. Jedenfalls sind aber die bisher gemachten Einwendungen gegen die

Digitized by Google

maximale Therapie von solcher Bedeutung, daß ein gemäßigterer, dem Einzelindividuum anzupassender Heilplan unbedingt zu empfehlen ist. Eine absolut rationelle Syphilistherapie bleibt noch ein Erfordernis der Zukunft.

Bergel. S.: Über die Heilbarkeit der erworbenen Syphilis und die Frage der Immunität. Experimenteller und biologischer Teil.

Die Syphilis ist heilbar, mit großer Wahrscheinlichkeit aber nur in der ersten, ungefähr dem seronegativen Primärstadium entsprechenden Periode oder etwas darüber hinausgehend, später ist eine definitive Heilung sehr viel unsicherer. Das gilt sowohl für den Menschen wie analog für das Versuchstier. Das bei weitem wirksamste Mittel im primären Stadium ist das Salvarsan, in ausreichenden Dosen verabreicht. Die eingetretene Heilung können wir mit unseren heutigen Mitteln nicht mit Sicherheit feststellen. Die wirkliche Heilung hinterläßt keine dauernde Immunität, sondern die während der Erkrankung gebildeten Abwehrstoffe bleiben danach nur kurze Zeit im Körper und verschwinden allmählich. Daher ist nach der definitiven Heilung der Syphilis eine Reinfektion möglich, sowohl beim Menschen wie beim Tier. Auch in der Vorsalvarsanära kamen, allerdings nur selten, Reinfektionen vor. In den späteren Perioden des Krankheitsverlaufs kommt eine Reinfektion mit Schanker beim Menschen und beim Tier nur äußerst selten zustande, gleichgültig, ob sie behandelt werden oder nicht. Die Behandlung in den späteren Stadien hat also für definitive Heilung keinen so entscheidenden Einfluß mehr wie in der Frühperiode. Schon vor dem Auftreten des Schankers entwickelt sich ein allergischer Zustand, eine veränderte Reaktionsfähigkeit, die auf erhöhtem, aber meist unzureichendem Abwehrvermögen beruht. Der infizierte Organismus selbst mobilisiert diese Abwehr- und Schutzstoffe. Da die Spirochäten eine chemisch verschiedene Leibeszusammensetzung haben, sind auch die Antistoffe verschiedenartig. Die wesentlichste Rolle spielen die Lymphozyten, ihre Entwicklungsformen und Bildungsorgane, besonders die Lymphdrüsen. Ihre Wirkungsart ist eine bakteriolytisch-lipolytische, zu der sich noch aus anderen Quellen stammende Gegenmittel gesellen. Die Abwehrsubstanzen sind zellulären Ursprungs und gehen sekundär in die Gewebssäfte und das Blut über, sie verleihen nicht bloß dem Organismus eine erhöhte Widerstandskraft, sondern rufen auch Veränderungen an den Syphilisspirochäten hervor, die sich morphologisch und färberisch nachweisen lassen. Sie bedingen das spontane Verschwinden der Manifestationen und ferner infolge des stufenweisen Abbaues der chemisch verschiedenartigen Spirochätenschichten das Entstehen der antikörper- und arzneifesten Rezidivstämme der Spirochäten sowie der veränderten Avidität an bestimmte Organe. Die natürlichen Abwehrmittel des Körpers spielen auch bei der Chemotherapie, besonders in den der seronegativen Periode folgenden Stadien eine große Rolle. Durch zunächst unspezifische und darauffolgende spezifische intraperitoneale und intravenöse Vorbehandlung von Kaninchen gelingt es, die Antistoffbildung in den Exsudaten, lymphozytären Organen usw. anzureichern und mit den aus ihnen gewonnenen Extrakten Spirochäten in vitro zum Zerfall zu bringen und prophylaktische sowie therapeutische Erfolge im Tierexperiment zu erzielen. Der Nachweis des Vorhandenseins von natürlichen Abwehrmitteln gegen die Syphilisspirochäte, die Erkenntnis ihres Sitzes, Ursprungs und ihrer Wirkungsart hat einen tiefen Einblick nicht bloß in die Gesamtbiologie der Syphilis, sondern auch in die morphologischen, färberischen und chemischen Eigenschaften der Spirochaeta pallida ermöglicht. Immunitätserscheinungen treten nur dann auf, wenn der Körper selbst die Abwehrstoffe produziert.

Referatenteil

Fachzeitschriften

Archives dermato-syphiligraphiques de la Clinique de l'Hôpital Saint-Louis

1929, Bd. 1, H. 1

Sabouraud: Sur l'étiologie de la pelade (Über die Ätiologie der Pelade). S. 3

S. gibt unter Mitteilung einiger Fälle einen kurzen Überblick über das ätiologisch noch recht ungeklärte Krankheitsbild. Man hat die Erkrankung auf alle mög-

Digitized by Google

lichen Störungen im endokrinen Apparat zurückführen wollen, ohne daß man bisher die eigentliche Ursache genau erkannt hat. Die Ergebnisse von Stoffwechseluntersuchungen u. a. liegen innerhalb der physiologischen Grenzen, so daß man auch hier nicht weitergekommen ist. Anscheinend können für die Pelade zahlreiche Einwirkungen verantwortlich gemacht werden, die teils rein äußerlich, teils durch Veränderungen im Körper selbst bedingt sind. Dementsprechend steht es mit der Behandlung. Ein Teil der Fälle heilt von selbst, bei den anderen versagt alles. Bestrahlungen mit Höhensonne schaden nie. S. selbst hat mit örtlicher Behandlung immer noch die besten Erfolge gehabt.

Nanta: Les manifestations cutanées au cours des splénomégalies primitives et les aspergilloses cutanées (Die Hauterscheinungen im Verlauf von primären Splenomegalien und die Hautaspergillosen). S. 50.

Verf. weist auf den Zusammenhang zwischen Splenomegalie (durch Aspergillus) und hauptsächlich Beingeschwüre hin, die durch Entfernung der Milz von selbst wesentlich zurückgehen. Anführung von zwei ähnlichen Fällen, ferner drei andere Fälle von Milzvergrößerung mit anderen Hauterscheinungen (flache tumorartige Erhebung am Brustbein, Melanodermie des Gesichts, Leukodermie). Bis jetzt ist es noch nicht möglich zu entscheiden, ob das Zentrum mit Aspergillus die primäre Eintrittspforte ist oder nur ein sekundärer Herd.

Burnier: Les sels d'or dans le traitement des tuberculoses cutanées (Die Goldsalze in der Behandlung der Hauttuberkulose). S. 69.

Verf. hat die verschiedenen Formen der Hauttuberkulose mit Chrysalbin behandelt. Er beginnt mit 0,1 und gibt schließlich halbwöchentlich einmal 0,25. Die besten Erfolge hatte er bei Lupus erythematodes (38 Fälle, 66% Heilungen, 18% Besserungen, 17% Versager). Man muß etwa 20 Einspritzungen (i. v.) machen. Unangenehm sind die Nebenwirkungen (Anorexie, Erytheme, Gewichtsverlust, Fieber usw.) und die Todesfälle. Verf. berichtet über 3 (!) Fälle, bei der Sektion in 2 Fällen fanden sich Purpura und multiple Blutungen.

Eliascheff, O.: Les glandes cutanées (Die Hautdrüsen). S. 85.

Sie gibt eine kurze Beschreibung der Talg-, Schweiß- und apokrinen Drüsen. Die Hautabsonderungen sind für das Leben unbedingt nötig, man weiß aber nicht genau warum. — Der zweite Teil des Heftes enthält zumeist Kasuistik.

Gougerot u. Blum beschreiben eine neue Krankheitsform: **Dermatose nouvelle: Érythème papulo-squameux circiné leucodermique** (Papulosquamöses Erythem, zirzinär mit Ausgang in Leukoderm). S. 93.

28jähr. Ungarin, rotrosa runde Papeln von 5 mm bis mehrere Zentimeter Durchmesser, Mitte etwas blaß, erhabener Rand. In der Mitte manchmal leukodermieähnlich. Kleine Schuppen gelegentlich. Farblose Flecke ohne Erytheme, ohne Abgrenzung, ohne Erhebung am Rücken, der Achseln, wenige am Bauch und oberen äußeren Teilen der Oberschenkel. Die Sensibilität ist ungestört. Dann findet man noch stecknadelkopfgroße runde Papeln, verstreut über Vorderarme und Beine, die an Paraspinosis erinnern. Die Erscheinungen beginnen mit einer kleinen linsenförmigen, etwas juckenden Papel. Diese wird größer, ihre Mitte blaß, und es kommt zu einem Zusammenfließen mit papulösen Rändern. Beim Altern wird die Mitte farblos. Später hört die Ausbreitung auf, an seiner Stelle findet sich eine Abblassung der Mitte ohne ausgesprochene Atrophie. WR θ. Ausgesprochene Mononukleose. Behandlung erfolglos. — Histologisch: Randzone: Verschmälerung der Epidermis, Papillen verbreitert und mit einigen Lymphzellen infiltriert. Zentrum: Ausgesprochene Hyperkeratose, Papillen verschwunden, Verbreiterung der Lymphspalten. Sehr geringes perivaskuläres Infiltrat. Drüsen erhalten. Elastisches Gewebe dünn.

Gougerot u. Carteaud: Dermatose nouvelle: Papillomatose confluente et réticulée (Papillomatosis confluens reticularis). S. 102.

3 Kranke (2 ♀ 20 und 25 Jahr, ♂ 19 Jahr). Beginn zwischen den Brustwarzen. Und zwar in rhombischer Form ebenso zwischen den Schulterblättern (Spitzen vom Schwertfortsatz und Nabel). An anderen Stellen ist die Papillose etwas weniger ausgeprägt. Beginn mit kleinen flachen von der erhabenen, gut abgesetzten rötlichen Papel, die bald grau-bräunlich und leicht pigmentiert wird. 4—5 mm Durchmesser. Von ferne kann man zunächst an Pityriasis versicolor denken. Schubförmige Entwicklung. Bestrahlung mit Höhensonne bei 2 Fällen war erfolgreich. Röntgen soll versucht werden. Daneben entfalten Resorzin und Salizyl gute Wirkung. Histologisch Hyperkeratose, Papillomatose, leichte Atrophie der Malpighischen Schleimkörper. Stachel

Digitized by Google

zellen kugelig. Stratum granulosum um eine Reihe verlängerter, abgeplatteter, dünner Zellen mit wenig Keratohyalin. Die Ursache ist noch unbekannt (Parasiten?). — Es finden sich dann noch Arbeiten über die Histologie der Anfangspapel bei der Poikilodermie Petys-Jakobi, Roseola bei Tuberkulose, tuberkulöses Sarkoid Gougerot-Denécheau, Epitheliom auf Lupus erythematodes, Naevus angiomatosus reticularis mit atrophischen Zonen ohne Geschwüre, Raynaud, Melanose (Riehl), Lichen planus auf Herpesnarben, Keloide auf Herpesnarben, Psoriasis posttraumatica, Psoriasis posttraumatica tardiva auf einer Narbe, Psoriasis durch Sonnenbestrahlung ausgelöst, verkannte und deshalb operierte Knochengelenksyphilis, blennorrhoische Schanker, schankerähnliche blennorrhoische Papeln und Geschwüre an der Vorhaut: Vortäuschung von Syphilis und weichem Schanker. Ruge-Hamburg.

Giornale Italiano di Dermatologia e Sifilologia

Bd. 70, H. 3

Casazza, R.-Pavia: Nota clinica sulle eruzioni acute nei lebbrosi con particolare riguardo all' eritema nodoso lebbroso (Klinischer Bericht über die akuten Eruptionen bei den Leprösen mit besonderer Berücksichtigung des leprösen Erythema nodosum).

1. Fall: Bei einem Aussatzkranken zeigten sich längste Zeit hindurch regelmäßig jeden Monat Anfälle von ausgebreitetem Erythema nodosum, die mit schweren Allgemeinstörungen verbunden waren. Immer gingen 5—6 Tage vorher Prodrome voraus. Aus bestem Wohlbefinden heraus plötzliche Appetitlosigkeit, Müdigkeitsgefühl, unruhiger Schlaf, leichter Kopfschmerz und abdominale Störungen. Dann Beginn abendlicher Temperatursteigerungen, Verschlechterung des Allgemeinbefindens und Gelenkschmerzen. Nach 2 oder 3 Tagen unter Ansteigen des Fiebers Auftreten einzelner Knoten, besonders im Gesicht und an den Händen. Daraufhin hohes Fieber mit Schüttelfrösten, heftigste Kopfschmerzen, kleiner, frequenter Puls und rascher Ausbruch der Hauterscheinungen. Auf dieser Höhe des Anfalles heftige Diarrhoen, quälende Gelenkschmerzen und Herzschwäche. Nach 3—5tägiger Dauer dieses Höchststadiums rascher Schwund der Knoten und der Allgemeinerscheinungen. Während der Tage der stärksten Ausbreitung des Ausschlages war der ganze Körper befallen; dabei Bevorzugung gewisser Prädilektionsstellen. Es waren verschieden geformte 1—2 mm hohe Erhebungen über die Hautfläche, rot bis blaurot, schmerzhaft, mit Ausdehnung ins Unterhautzellgewebe. Schmerzhafte Anschwellung der Lymphdrüsen. Dann die bekannten Abheilungsvorgänge, wobei oft noch einige Tage ein violetter Fleck bestehen blieb. — 2. Fall: Hier traten die Erythemknoten jedesmal im Anschluß an therapeutische Eingriffe, besonders an der Innenfläche der Waden auf, so nach Antileprol, Trypaflavin, Chrysalbin. Geringe Allgemeinerscheinungen; langsame Rückbildung der Knoten. In einem solchen massenhaft Leprabazillen. — In einem 3. Fall hatten die Hauterscheinungen einen weniger guten Verlauf; hier erschienen sie als Vorboten des Todes.

Tornabuoni, J.-Pisa: Epidermodysplasia verruciformis (Lewandowsky-Lutz). Veröffentlichung des 10. Falles dieser Krankheit. Zwanzigjähriger Patient. Alle biologischen Untersuchungen blieben negativ wie die versuchten experimentellen Inokulationen. Verf. glaubt, daß zum Zustandekommen des Leidens ein Infektionsstoff, allgemeine und örtliche Empfänglichkeit des Menschen und vorzeitige Alterung der Haut gehören. Es handle sich um eine Aussaat von Warzen über einen großen Teil der Haut. Aus dem Komplex pathogenetischer Mechanismen erklärt sich das Polymorphe des klinischen Bildes (Abbildungen). — Im Anschluß berichtet Verf., daß seine psychotherapeutischen Versuche bei anderen Warzen nicht besonders von Erfolg gekrönt waren. Hinweis auf verschiedene abergläubische Heilmethoden der Volksmedizin.

Truffi, J.-Padua: Le applicazioni spinali di raggi x nei lebbrosi e nei Tabetici ed il loro meccanismo di azione (Die spinale Anwendung von Röntgenstrahlen bei Leprösen und Tabikern und der Mechanismus ihrer Wirkung).

Der Verf. drückt das Ergebnis seiner Behandlung so aus: Bestrahlungen der Wirbelsaule setzen die Schmerzempfindlichkeit in der dem bestrahlten Wirbelsegment entsprechenden metameren Zone herab. Auch der trophische Zustand dieser Teile wird günstig beeinflußt. Die Röntgenbestrahlungen werden auf dem Wege über den Sympathikus wirken.

Digitized by Google

Buschke, A., u. Peiser, B.-Berlin: Dell' azione biologica dell' aceto di Tallio (Die biologische Wirkungsweise des Thalliumazetats).

Polemik gegen Truffi, welcher die Theorie der Verf., daß das Thallium auf dem Umwege über das sympathisch-endokrine System wirke, angegriffen und eine unmittelbare Wirkung auf die Haarpapillen angenommen hatte.

Rivelloni, J.-Genua: La terapia aurica nel lupus eritematoso ed in altre dermatosi (Die Goldbehandlung bei Lupus erythematodes und anderen Hautkrankheiten).

16 Fälle von Lupus erythematodes: 6 völlige Heilungen, 3 fast völlige, 6 bedeutende Besserungen, 1 Mißerfolg. Bei 2 Hautkrankheiten und einem Fall von Skrophuloderm Heilung nach 6 Chrysalbineinspritzungen. Keine Wirkung auf 4 Leprakranke, eine beträchtliche auf eine beginnende Sklerodaktylie. Mit Ausnahme eines Falles wurden die Goldpräparate gut vertragen. Am raschesten und sichersten wirkte Chrysalbin: doch zeigte es manchmal toxische Eigenschaften. Neochrysol und besonders Aurofos beeinflussen den Allgemeinzustand deutlich günstig und sollten daher bei Geschwächten vorgezogen werden.

Artom, M.-Novara: Pireto e malariaterapia nella tabe dorsale (Fieber- und Malariabehandlung bei der Rückenmarksdarre).

6 Tabiker wurden mit Malaria, 8 mit Streptobazillen-Vakzine behandelt. Gute Resultate hinsichtlich der subjektiven Erscheinungen, fast keine Wirkung auf die objektiven und auf die Seroreaktionen. Verf. glaubt, daß die Erfolge auf eine Art Chokwirkung in den Krankheitsherden zurückzuführen sind. Denn während der Fieberattacken wurden die Schmerzen und Krisen schlimmer und verschlechterte sich der Zustand der Spinalflüssigkeit.

Castellino, P. G.-Neapel: La sieroflocculazione nella sifilide con antigene bile (Die Seroflockulationsmethode mit Galle als Antigen bei Syphilis).

Bei Verwendung eines alkoholischen Galleauszuges wurde fast völliges Zusammenstimmen mit der SGR und zu 92½% mit der Wassermann-Methode erzielt.

Comel, M.-Mailand: La cute quale organo di Senso (Die Haut als Sinnesorgan).

Comel, M.-Mailand: Funzione secretrice e termoregolatrice della cute (Die sekretorische und thermoregulatorische Aufgabe der Haut).

Beide Aufsätze sind die Niederschriften einer Kursvorlesung, aber zum Referat weniger geeignet als zum Studium. v. Notthafft-München.

Bücherbesprechungen

Hoeppli, R., H. F. Hsü u. H. W. Wu: Helminthologische Beiträge aus Fukien und Chekiang. (Inst. f. Schiffs- u. Tropenkrkh., Hamburg, u. Parasitol. Labor. d. Univ. Amoy-China.) Beih. 1 z. Arch. f. Schiffs- u. Tropenhyg. Bd. 33. 43 S. mit 15 Abb. im Text u. 12 Tafeln. Verlag von Johann Ambrosius Barth, Leipzig 1929. Preis RM. 4.40.

Es handelt sich um helminthologische Untersuchungen, welche im parasitologischen Laboratorium in Amoy begonnen und im Hamburger Tropen-Institut zu Ende geführt wurden. Im 1. Teil, von Hoeppli und Hsi-Fan Hsü, werden die mikroskopischen Befunde von 11 Tiersektionen dargestellt. Das Material wurde gesammelt von einem Hunde, verschiedenen Reihern, einem Igel, einer brasilianischen Ente, einem chinesischen Teichhuhn und einer chinesischen Amsel. Es werden die von 7 verschiedenen Nematoden und 2 Trematoden hervorgerufenen Gewebsveränderungen untersucht. In der Mehrzahl der Fälle sind Entzündungserscheinungen in Gestalt von Zellinfiltrationen und Gewebsuntergang entweder als hauptsächlicher Vorgang oder als Nebenbefund nachweisbar. Bei Spirocerca, Eustrongylides und dem Vertreter der Troglotrematidae kommt es zur Abkapslung. Der Aufbau des Wurmknotens bei allen drei Parasiten ist im Grunde übereinstimmend, zeigt jedoch einzelne Verschiedenheiten. Die histologischen Bilder gaben in der Mehrzahl der Fälle einen Hinweis auf die Art der aufgenommenen, vom Wirte stammenden Nahrungsteile. Im 2. Teil werden parasitische Nematoden aus Reihern und einem Tümler von Hoeppli und Hsü beschrieben, und zwar 8 verschiedene Arten. Davon sind 3 bereits in der Literatur beschrieben, eine Form stellt eine neue Varietät dar, 4 weitere sind neue Arten; diese werden in 22 Abbildungen auf 5 Tafeln anschaulich abgebildet. Im 3. Teil, von Wu und Hoeppli, wird ein Überblick gegeben über 14 verschiedene Arbeiten von freilebenden Nematoden, welche in Amoy und Queemoy und in der Umgebung dieser Inseln gesammelt worden waren. 5 davon

Digitized by Google

stellen neue Arten dar, bei 4 handelt es sich um neue Varietäten, bei 5 handelt es sich um bereits bekannte Arten. Als Hauptergebnis stellt sich heraus, daß die Verhältnisse der Nematodenfauna in den verschiedenen Teilen der Welt ungefähr dieselben sind. Es folgen 7 Tafeln mit 30 Abbildungen. P. Unna jr.-Hamburg.

Salzberger, M.-Jerusalem: Die Lepra der oberen Luftwege und des Ohres in Palästina und Cypern. Mit 10 Abbildungen und 21 mehrfarbigen Abbildungen auf 3 Tafeln. Verlag von Urban & Schwarzenberg, Berlin 1929. Preis RM. 4.—.

Die Monographie behandelt die Nasen-, Ohren- und Kehlkopfbefunde von 83 Fällen, von denen 29 männlichen und weiblichen Geschlechtes aus dem Leprosorium „Jesu Hilfe" in Jerusalem und 38 Fälle männlichen nebst 16 weiblichen Geschlechtes aus der Leprasiedlung Nikosva auf Cypern stammen. Von den Fällen aus Palästina gehörten 16 der Knotenform, 8 der Mischform, 5 der Nervenform an. Verf. gibt eine genaue Beschreibung der äußerlichen Nasenformen, von denen er verschiedene Typen (Breitnase, abgegriffene Nase, Plattnase, Rüsselnase, Lorgnettennase) unterscheidet und mit guten Photographien und farbigen Abbildungen illustriert. Von 83 untersuchten Fällen haben 37 keinen nennenswerten Nasenbefund, während 46 (55%) einen positiven Befund aufweisen: 4 Plattnasen, 10 Lorgnettennasen, 4 Rüsselnasen, 2 abgegriffene Nasen, 2 Breitnasen und 24 Anfangsstadien dieser Nasenformen. Verf. lehnt den Standpunkt Stickers, daß der Primäraffekt der Lepra stets in der Nase zu suchen sei, ab, stellt aber die Forderung auf, daß alle Leprafälle rhinologisch von einem Facharzt untersucht werden müssen, weil die bisher meistens geübte Tampon-Methode nicht ausreicht, um alle Erreger zu erfassen, und von einem geübten Spezialisten in vielen Fällen noch Bazillen aufgedeckt werden, wo von anderen Ärzten keine gefunden wurden, auch weil in anscheinend abgeheilten Fällen durch den Rhinologen häufig noch Bazillen gefunden wurden. Referent möchte diese, in heutiger Zeit eigentlich selbstverständliche und in den meisten modern eingerichteten Leprosorien bereits erfüllte Forderung aufs wärmste unterstützen. Freilich sollten auch Nervensystem und Augen durch Spezialärzte ständig untersucht werden, weil man auch in dieser Beziehung sehr häufig erlebt, daß Leprasymptome übersehen werden (z. B. in der Kornea). Nach Beschreibung der äußeren Nase wird der Reihe nach abgehandelt: die Rhinoscopia anterior, der Epipharynx, der Mesopharynx, die Mundhöhle, die Zunge, Hypopharynx und Kehlkopf, die Trachea, sowie das äußere Ohr, Trommelfell, Mittelohr und inneres Ohr; dann folgen die 83 Krankengeschichten. Besonders zu begrüßen ist, daß dieser wichtigen Arbeit 21 farbige Abbildungen und 10 gute Photographien beigegeben worden sind. Der Zweck der Monographie ist zweifellos erreicht, nämlich einerseits ein allgemeines Bild der Lepra der oberen Luftwege und des Ohres zu geben, andererseits diejenigen anzuregen, denen größeres Material zur Verfügung steht, in ähnlicher Weise systematische Untersuchungen anzustellen, an denen es merkwürdigerweise immer noch fehlt.

P. Unna jr.-Hamburg.

Juster, E.-Paris: Traitement des affections neuro-cutanées. Verlag von Masson & Cie, Paris. Preis 14 Francs.

In dem interessanten kleinen Heft, in dem Juster das Ergebnis eigener Arbeiten mit den Erfahrungen aus der Literatur geschickt vereinigt, behandelt Verf. das je nach Auffassung natürlich mehr oder weniger weit begrenzte Gebiet der Behandlung von Hautkrankheiten, soweit sie mit den Nerven und dem Nervensystem in Beziehung stehen. Vom Standpunkte Justers aus sind die Grenzen weit gefaßt. Ein besonderes Kapitel ist je der Beziehung der Syphilis zu den Hautnervenkrankheiten, der Behandlung des Juckreizes, der Behandlung der selbst beigebrachten Hautkrankheiten gewidmet. Zwei Abschnitte umfassen das Gebiet der Dermatoneurosen und das der Infektionen, welche gleichzeitig die Haut und das Nervensystem befallen. Das Buch berücksichtigt die Zusammenhänge der Haut im Lichte der neueren Forschungen, es bringt auch manches, was noch der Bestätigung bedarf; aber die ideenreichen Ausführungen sind flüssig und interessant zu lesen, so daß die Schrift den Dermatologen nur empfohlen werden kann.

F. Juliusberg-Braunschweig.

Flaskamp, W.-Erlangen: Über Röntgenschäden und Schäden durch radioaktive Substanzen. Ihre Symptome, Ursachen, Vermeidung und Behandlung. Mit 94 Bildern, 30 Tafeln und 6 Tabellen. Verlag von Urban & Schwarzenberg, Berlin 1930. Preis RM. 30.—, geb. 34.—.

Dieser Band ist das Nachschlagewerk für jeden, der sich über den Stand unserer Kenntnis der Röntgen- und Radiumschäden umfassend und zuverlässig unterrichten will. Nicht um die als „Verbrennungen" bezeichneten Schädigungen handelt es sich hierbei

Digitized by Google

allein, sondern auch um andersartige, langdauernde und latent verlaufende Schäden — deshalb von besonderer Bedeutung, weil sie durch harmlose weitere Einwirkungen erst zutage treten können. Nach Wintz — dem das Werk seines Schülers Flaskamp gewidmet ist und dessen Geleitwort den Band einleitet — ist das Studium jener Veränderungen ebensowenig abgeschlossen wie dasjenige der Umwandlungen, die durch Röntgenstrahlen in Zellen und Zellverbänden auslösbar sind. Auch der Dermatologe wird aus dem Erfahrungsschatz, den der Autor praktisch und experimentell an der Universitätsfrauenklinik Erlangen sammeln und in enger Fühlung mit dem großen Strahlenforscher Wintz erweitern, sowie durch das in der Literatur niedergelegte Material vervollständigen konnte, eingehende Belehrung über die Symptome, Ursachen, Vermeidung und Behandlung von Strahlenschäden schöpfen. Darüber hinaus trägt die Arbeit Flaskamps dazu bei, die bei Sachverständigen- und Obergutachten hervorgetretenen Meinungsdifferenzen zu klären. Eingehende Literaturübersichten und vortreffliche Abbildungen, sowie tabellarische Zusammenstellungen machen diesen Sonderband der „Strahlentherapie" zu einem Standardwerk. F. Callomon-Dessau.

Walter, F. K.-Bremen: Die Blut-Liquorschranke. Eine physiologische und klinische Studie. Mit 14 Kurven und 28 Tabellen. Verlag von Georg Thieme, Leipzig 1929. Preis kart. RM. 19.—.

Verf. gibt eine zusammenfassende Darstellung des noch wenig bekannten Gebietes der Blut-Liquorschranke. Eine Hauptfrage „Wo entsteht der Liquor" bildet das erste Kapitel. Die zweite Frage „Wie entsteht der Liquor" enthält seine Zusammensetzung und Ausführung der bestehenden Theorien. Die Sekretionstheorie sowie die Transsudationstheorie sind zugunsten der Dialysattheorie abzulehnen. Die Funktionsprüfung der Blut-Liquorschranke weist die einzelnen Methoden auf mit anschließender Kritik der einzelnen Permeabilitätsprüfungsmethoden. Obigen Kapiteln (allgemeiner Teil) folgt der spezielle Teil, der die normale Permeabilität unter Berücksichtigung des Einflusses verschiedener physiologischer und pathologischer Zustände (Lebensalter, Menstruation, Schwangerschaft, Jahreszeit und Außentemperatur, Körpertemperatur) sowie die künstliche Beeinflussung der Durchlässigkeit der Blut-Liquorschranke enthält. Das letzte Kapitel befaßt sich mit der Permeabilität bei krankhaften Zuständen, dem als Anhang die Permeabilität in der Agone, ferner die Beziehungen zum Liquoreiweiß, Kolloidreaktionen und Liquor-Wassermann beigefügt sind, nebst ausführlichem Literaturverzeichnis. Das vorliegende Buch orientiert in ausgezeichneter Weise über die bestehenden Probleme; die prägnanten Fragen werden kritisch beantwortet und mit Kurven und Tabellen belegt. S. Habermann-Prag.

Mitteilungen aus der Literatur

Tropische Krankheiten

Dostrowsky, A.-Jerusalem: Zur Behandlung der Leishmaniosis cutanea. (Dermatol. Abt. d. Rothschild-Hospitals d. Hadassah Med. Organisation.) Arch. f. Schiffs- u. Tropenkrkh., Bd. 33, H. 8, S. 416.

Verf. berichtet über Fälle von Selbstheilungen von Hautleishmaniose sowie über seine Erfahrungen mit verschiedenen Behandlungsmethoden bei 70 Fällen. In Palästina ist die Meinung verbreitet, daß die Orientbeule ohne Behandlung in 9 Monaten von selbst heilt. Die experimentell erzeugte Hautleishmaniose heilt in der Mehrzahl der Fälle spontan. Man kann aber mit den verschiedenen Heilmethoden die Krankheitsdauer bedeutend abkürzen und dadurch kosmetische Entstellungen verhindern. Von allen Methoden gibt Verf. dem Röntgenverfahren wegen der schnellen und fast immer günstigen Resultate den Vorzug. Den Gebrauch von differenten Mitteln, wie z. B. Salvarsan, selbst wenn sie Gutes wirken, hält Verf. bei dieser unschuldigen Krankheit für nicht angezeigt. Wo Röntgenbehandlung mangels einer geeigneten Apparatur nicht durchzuführen ist, kommt vor allem CO_2-Schneeapplikation sowie Antimonbehandlung in Frage, aber auch von Vakzinebehandlung hat Verf. Gutes gesehen, freilich als unerwünschte Nebenerscheinungen auch schmerzhafte Abszesse, welche auf technische Fehler in der Darstellung zurückzuführen sind.
P. Unna jun.-Hamburg.

Digitized by Google

Hauterscheinungen bei Erkrankungen innerer Organe und endokrinen Störungen

Strukow-Tula: Zur Frage der pathologischen Anatomie und Pathogenese der diffusen Sklerodermie. Wratschebnoje Delo, 1929, Nr. 13/14.

Bei der Sektion einer an katarrh. Pneumonie verstorbenen Frau mit Sclerodermia diffusa wurden außer Verdickungen der Dura mater und der Pleura Veränderungen der Schilddrüse, Nebennieren und Eileiter gefunden, welche nach Ansicht des Verf. einen erhöhten Reizzustand des sympathischen Systems befördern konnten. Er sieht daher in der Sklerodermie eine neuroglandulären Erkrankung, da wir allein durch die Erkrankung der endokrinen Drüsen alle die bei Sklerodermie zur Beobachtung kommenden Erscheinungen nicht erklären können und bei Entwicklung dieser Erkrankung die Bedeutung des sympathischen Nervensystems nicht ausschließen können. A. Jordan-Moskau.

Awguschewitsch, P. L.-Orenburg: Elephantiasis des oberen Augenlides, Hemihypertrophia faciei und Hydrophthalmus mit gleichzeitiger Erweiterung der Sella turcica. (Bezirksaugenheilanstalt.) Kl. Mbl. f. Augenhlk., Bd. 83, Heft Juli, S. 91.

Mitteilung eines Falles von elephantiastischer Verdickung der linken Gesichtshälfte einschließlich der Augenlider sowie der Schleimhäute des Auges und der linken Mundhöhle, die auch eine Vergrößerung der Zähne zeigte, bei einer 19jährigen Frau. Die hypertrophierte Haut war locker, von teigiger Konsistenz und mit einer großen Menge Haare bedeckt. Eine geringere Hypertrophie der Haut fand sich auch an der linken unteren Extremität, ferner ließ sich eine chloasmaartige Verfärbung auf Brust, Bauch und Rücken feststellen. Das Leiden, das von Geburt an bestand, war kombiniert mit einer röntgenologisch nachweisbaren Erweiterung der Sella turcica. Histologisch ließen sich in der Haut ausgedehnte Strangbildungen neben lymphozytärer Infiltration und Gefäßneubildung feststellen, wodurch die schon klinisch gestellte Diagnose Neurofibrom gesichert wurde. Die durch die Erweiterung des Türkensattels gekennzeichnete Erkrankung der Hypophyse zeigte sich auch in Fehlen der Menstruation, in einer Störung des Kalziumstoffwechsels und in der akromegalischen Vergrößerung einer unteren Extremität. B. Peiser-Berlin.

Ehrhardt, K.-Frankfurt a. M.: Genitalatrophie und Vorderlappenhormon. (Univ.-Frauenkl.) M. m. W., 1929, Nr. 30, S. 1246.

Vor zwei Jahren gaben Zondeck und Aschheim eine Methode zur Nachprüfung des Hypophysenvorderlappenhormons an, die bei einer 35jährigen Kranken mit Genitalatrophie und paranoider Geistesstörung angewandt wird. Durch eine anderweitig verursachte Laparotomie war die frühere operative Entfernung des einen Ovars und die hyaline Degeneration des anderen festgestellt worden. Die Harnuntersuchungen ergaben ein reichliches Vorkommen des Hypophysenvorderlappenhormons (HVH). Die besonders starke Sekretion des Hypophysenvorderlappens ist auch bei kastrierten Tieren besonders durch Parabiose-Experimente mit weiblichen Tieren nachweisbar. Auch bei Röntgenkastrierten, total exstirpierten und an Genitus Ca leidenden Frauen besteht eine vorübergehende HVR I (Brunstauslösung). Die HVR II (Follikelblutungen) und HVR III (Bildung von Corp. lutea atretica) kann auf Grund von Nachprüfung an 300 Fällen mit 2000 Testtieren als zuverlässige Schwangerschaftsdiagnose bestätigt werden. F. Rosenthal-Berlin.

Haut- und Stoffwechsel

Pulay, E.-Wien: Zur Frage der Stoffwechsel und Haut. M. Kl., 1929, Nr. 31, S. 1212.

Bei einer großen Reihe von Dermatosen lassen sich weitgehende Störungen im Elektrolytengleichgewicht blutchemisch nachweisen. Ausgehend von den Störungen im Stoffwechsel findet man Dermatosen bei gestörter Mineralisation (Hypo-, Dys-, Hypermineralisation), Azidose, Alkalose, gestörtem Purinstoffwechsel, gestörter Hormonkreteinstellung (thyreogene, hypophysäre, pankreatogene), Dermatosen toxischen Ursprunges, allergische Dermatosen (charakterisiert durch Eosinophilie). Histologische Veränderungen in der Haut sind Ausdruck funktioneller Schädigung derselben und hängen mit dem tiefer gelegenen Stoffwechselgeschehen zusammen; sie setzen epidermale Funktionsstörungen Verhornungsanomalien. Der normalen Verhornung liegt ein bestimmter chemischer Prozeß zugrunde, die in der Zelle sich abspielenden Spaltungen und Synthesen haben Fermentprozesse zur Voraussetzung;

Digitized by Google

Die Haut hat Eigenfermente, ein Beweis für ihren Eigenstoffwechsel. Die fermentativen Prozesse werden vegetativ reguliert, die funktionellen Änderungen der Zelle sind an Zustandsänderungen der Zollkoloide gebunden, diese werden weitgehend von Hydratation und Dehydratation beherrscht, diese Prozesse wiederum von den bestehenden Aziditätsverhältnissen. Die funktionellen Störungen in der Haut sind im Zusammenhange mit den tieferen Veränderungen im Stoffwechsel zu erfassen.

E. Levin-Berlin.

Benigne Neubildungen und Mißbildungen

Löwenstein, W.-Wien: Über symmetrische, multiple Lipomatosis. (II. Med. Abt. d. Allg. Polikl.) Kl. W., 1929, Nr. 35, S. 1614.

Fall von ausgedehnten lokalen, tumorförmigen Fettgewebswucherungen in symmetrischer Ausbildung bei leichter Bevorzugung der rechten Körperhälfte. Grundumsatz mäßig gesteigert. Verzögerte Wasserausscheidung und mangelhafte Diluierungsfähigkeit wie bei der allgemeinen endogenen Adipositas. Auffallend hoher Blutzuckergehalt bei fehlender Glykosurie. Die Ligaturkonfluente zeigt einen erhöhten Wert ebenfalls wie bei der Adipositas.

Frei-Berlin.

Maligne Neubildungen

Fischer, A., H. Laser u. Hertha Meyer-Berlin-Dahlem: Wechselbeziehungen zwischen normalen und bösartigen Geweben. (Kaiser-Wilhelm-Institut f. Biologie.) Zschr. f. Krebsforschg., Bd. 29, H. 3, S. 270.

Aus den sehr wertvollen experimentellen Untersuchungen der Autoren an Kulturen von normalem und Tumorgewebe in bezug auf ihre wechselseitige Beeinflussung ergeben sich auch für den Kliniker wichtige Einblicke in das Verständnis der Vorgänge beim menschlichen Krebswachstum. Es wurde zunächst festgestellt, daß Karzinomkulturen in vitro durch Zusatz von lebendem normalem Gewebe im Wachstum erheblich stärker stimuliert wird als durch entsprechenden Zusatz abgetöteter Gewebe. Degenerierende normale Gewebe stimulieren das Krebswachstum noch stärker als gesunde. Es gelang nicht festzustellen, worauf die stimulierende Wirkung beruht. Wenn man Karzinomkulturen mit normalem Gewebe „affrontiert", so spitzt sich merkwürdigerweise die Kultur bereits zu einer Zeit, wo zwischen den Wachstumszonen der beiden Gewebsarten noch ein ziemlich großer Abstand vorhanden ist, mit der Spitze gegen das normale Gewebe birnenförmig zu. Kurz bevor sie mit dem normalen Gewebe in Berührung kommt, nimmt auch ihr Wachstumstempo vorübergehend zu. Gewisse Stoffwechselprodukte des Karzinoms bzw. lebenden Gewebes sind offenbar wechselseitig imstande, eine vorübergehende Stimulierung des Wachstums hervorzurufen. Die normalen Bindegewebszellen, die den Karzinomzellen am nächsten liegen, degenerieren und zerfallen deutlich früher als die dem Karzinom abgewandt gelegenen Zellen, was darauf hindeutet, daß die Karzinomkultur Stoffwechselprodukte abgibt, die für normale Gewebszellen direkt schädlich sind. Möglicherweise ist die Schädlichkeit auch bedingt im Auftreten saurer Produkte in der Umgebung des Krebses, die wiederum die autolytischen Prozesse fördern. Sehr eigentümlich und dem klinischen Verhalten des Krebses völlig entsprechend ist die experimentelle Beobachtung, daß mit zentralem Zerfall der Kulturen der an sich ja kurzlebigen Geschwulstzellen ein um so üppigeres Weiterwachsen der Randzone verbunden ist. Es scheint demnach, daß die Karzinomzellen lange Zeit hindurch aus Substanzen zu leben imstande sind, die durch Auflösung ihrer eigenen Zellen entstehen. Kulturen aus normalen Zellen können das nicht." Damit würde die Nekrohormontheorie von Caspari also ihre Bestätigung finden, womit die an interessanten klinischen Parallelen auch sonst reiche Arbeit für den Kliniker ihren besonderen Wert erhält.

O. Grütz-Elberfeld.

Sokoloff, B.: A propos de la nature chimique de „l'agent cancéreux" (Über die chemische Natur des „Krebsagens"). Compt. rend Soc. Biol., Bd. 101, Nr. 24, S. 888.

Es ist behauptet worden, daß die malignen Geschwülste durch Thymonukleinsäuren hervorgerufen werden, und es sollten diese in Lösungen von Rousschen Sarkom durch Elektrodialyse und nachfolgende Färbung des Sediments nach der Methode von Feulgen nachgewiesen worden sein. Bei Nachprüfungen mit verschiedener Anwendung des elektrischen Stromes und verschiedenen Färbungen erwies sich das Sediment nicht einheitlich, vielmehr aus Thymonukleinsäuren, Lipoiden,

Digitized by Google

Fettsäuren zusammengesetzt. Erstere sind größtenteils Residuen der zerstörten Zellkerne. Für oder gegen die Hypothese der Bedeutung der Thymonukleinsäuren für die Genese des Krebses läßt sich aus den Versuchen kein bestimmter Schluß ziehen.
E. Levin-Berlin.

Lipschütz, B.-Wien: Ergebnisse zystologischer Untersuchungen an Geschwülsten. III. Untersuchungen über das Mäusesarkom. (Prosektur d. Kaiser-Franz-Josef-Spitals.) Zschr. f. Krebsforschg., Bd. 29, H. 1/2, S. 155.

Trotz der durch die Verschiedenheit der Tierart und des Gewebssubstrates bedingten Abweichungen wird eine grundsätzlich gleichartige Veränderung als wesentliches Merkmal der Geschwulstzelle sowohl beim Roustumor als auch beim Mäusesarkom angetroffen. Ausbildung eines Archoplasmas und einer Kappenform aufweisenden „Plastinreaktion" des Zystoplasmas sind kardinale Kennzeichen beider Geschwülste. Innerhalb der basophilen Kappe liegen dicht nebeneinander (beim Mäusesarkom besonders schön demonstrierbar) winzige chromophobe Körperchen, die Verf. Stegosomen nennt.
K. Linser-Dresden.

Hirszfeld, L., W. Halber u. J. Laskowski-Warschau: Über die serologische Spezifität der Krebszellen. (Staatl. Hyg. Inst. und Pathol. Anatomie.) Kl. W., 1929, Nr. 34, S. 1563.

Das Karzinom enthält fast immer Blutgruppensubstanzen, und zwar ausschließlich aus der Gruppe seines Trägers; vier untersuchte Sarkome waren dagegen gruppenfrei. — Von 87 Kaninchen, die mit Magenkarzinomgewebe immunisiert wurden, bekamen 22 unspezifisch, auf andere Lipoide übergreifende Antikörper; bei elf weiteren Tieren gelang es Immunseren herzustellen, die in spezifischer Weise mit alkoholischen Extrakten aus Karzinomen Komplementbindung gaben. Mit diesen Krebsseren reagierten Extrakte aus normalen Organen im allgemeinen nicht; allerdings mit zwei Ausnahmen. Es gaben mitunter (32%) Magenextrakte nichtkarzinomatöser Leichen und vereinzelt (4%) sonstige Normalorganextrakte karzinomatöser Leichen positive Reaktionen, während das bei Karzinomen in 54% der Fall war. Magenkarzinome reagierten mit den Seren viel häufiger als Karzinome anderer Organe, Tumoren mit geringer Anaplasie häufiger als solche mit weitgehender. Metastasen reagierten in 13 Fällen anders als der Ursprungskrebs. — Anm. bei der Korrektur der Arbeit: Inzwischen ist es Autoren gelungen, auch bei einem von einer Reihe mit Krebslipoiden immunisierter Pferde ein spezifisches Antiserum herzustellen, von dem sie auch therapeutische Wirkungen erhoffen.
Frei-Berlin.

Brüda, E., u. V. Koszler: Über den Einfluß des Serums anämischer Tiere auf das Tumorwachstum. Kl. W., 1929, Nr. 26, S. 1223.

Die Versuche ergaben, daß im Serum anämischer Tiere das Wachstum von Mäusesarkom- und Karzinomkulturen viel rascher vonstatten ging, als im Serum gesunder Tiere. Bei der durch Milzexstirpation anämisierten lebenden Ratte wuchsen die überimpften Blastome rascher und führten schneller zum Tode als dort, wo die Blutmenge zur Zeit der Geschwulstverimpfung nicht herabgesetzt wurde. Hieraus folgt die praktische Wichtigkeit, daß Tumorkranke nach Möglichkeit, und zwar auch bei operativen Eingriffen, vor größeren Blutverlusten zu schützen sind.
S. Habermann-Prag.

Lignac, G. O. E., u. G. A. Kreuzwendedich von dem Borne: Teerkarzinom bei vitalgespeicherten Mäusen. Bemerkungen zur Arbeit von Dr. Julio Sanchez-Lucas. Zschr. f. Krebsforschg., Bd. 29, H. 1/2, S. 169.

Die ungleichen Ergebnisse lassen sich durch die nicht unbedeutenden Abweichungen in der Versuchsanordnung erklären. Lignac und Bornes haben zur Verimpfung stets nur hochgespeicherte Tiere benutzt, während bei den Munckschen Versuchen auf eine vollständige Trypanblauspeicherung der Mäuse nicht hinreichend genug geachtet worden ist. Inzwischen fortgesetzte Untersuchungen bestätigten, daß durch die Trypanblauspeicherung die natürliche Empfänglichkeit den verimpften Blastomzellen gegenüber bedeutend erhöht wird. Das auf gespeicherten Tieren üppig wachsende Sarkom ging aber bei Zurückimpfung auf ungespeicherte Mäuse gar nicht oder nur sehr mangelhaft an. Anscheinend übt das Trypanblau eine giftige Wirkung auf die gewucherten Sarkomzellen aus, so daß ihre Resistenz normalen Mäusen gegenüber bedeutend abgeschwächt wird.
K. Linser-Dresden.

Kreuzwendedich von dem Borne, G. A.-Leiden: Teerkarzinom bei vitalgespeicherten Mäusen. Bemerkungen zur Arbeit von Dr. Julio Sanchez-Lucas. (Pathol. Inst. d. Reichsuniv.) Zschr. f. Krebsforschg., Bd. 29, H. 1/2, S. 171.

Digitized by Google

Lignac und Bornes hatten gezeigt, daß es nicht gelingt, bei mit Trypanblau gespeicherten Mäusen durch Teerpinselung Blastome zu erzeugen. Daß Sanchez-Lucas diese Ergebnisse nicht bestätigen konnte, liegt daran, daß Trypanblauspeicherung nicht mit Tuschespeicherung zu vergleichen ist. Das Trypanblau führt einmal zu einer bedeutenden Erhöhung der natürlichen Empfänglichkeit des Körpers gegenüber verimpften Blastomzellen, andererseits verursacht es eine anfängliche Verringerung der Virulenz der Blastomzellen. Die Trypanblauspeicherung ist keine indifferente Speicherung wie die Tuschespeicherung. Das Trypanblau hat einen hemmenden Einfluß auf die sich in Geschwulstzellen umwandelnden Hautzellen. (An Stelle des toxisch wirkenden Trypanblau benutzt Verf. jetzt mit gleichem Erfolg das harmlosere Isaminblau.) K. Linser-Dresden.

Marullaz: Action des sels de mangnésium sur la genèse des tumours du gondron (Wirkung der Magnesiumsalze auf die Entwicklung der Teergeschwülste). Bull. de l'Acad. de Méd., 1929, Bd. 102, Nr. 27. S. 48.

Kaninchen zeigten nach voraufgehender Behandlung mit innerlicher Darreichung von Magnesium eine größere Widerstandsfähigkeit gegen die Entwicklung von Teergeschwülsten. E. Levin-Berlin.

Kotzareff, A., I. de Morsier u. A. Morin: Action du chlorure de magnésium sur l'évolution du cancer greffé sur la souris blanche (Wirkung des Magnesiumchlorids auf die Entwicklung des auf die weiße Maus verimpften Krebses). Bull. de l'Acad. de Méd., 1929. Bd. 102, Nr. 25, S. 11.

Magnesiumchlorid wirkt auf die Krebsentwicklung bei weißen Mäusen auch bei innerlicher Darreichung, jedoch in geringerem Maße als bei subkutaner Anwendung. Bei fortlaufender Weiterimpfung werden die Tumoren allmählich kleiner; die Geschwülste zeigen eine starke Durchtränkung mit Flüssigkeit, auch Zystenbildung. E. Levin-Berlin.

Dobrovolskaia-Zavadskaia, N.: Sur l'hérédité de la prédisposition au cancer spontané chez la Souris (Über erbliche Prädisposition beim spontanen Krebs der Maus). Compt. rend Soc. Biol., Bd. 101, Nr. 21, S. 518.

Es wurden von weiblichen Mäusen mit spontanem Krebs der Brustdrüsen Züchtungen mit männlichen, von krebskranken Müttern stammenden Männchen bewirkt, weitere Züchtungen dann der Mütter mit ihren Söhnen und der Geschwister untereinander. In allen so gebildeten Stämmen trat in der ersten Generation Krebs auf, doch sind daraus noch keine weiteren Schlüsse zu ziehen, da bei den männlichen Tieren Krebs nicht mit Sicherheit auszuschließen war. In weiteren miteinander verglichenen Stämmen war die Zahl der Krebskranken eine sehr wechselnde. Man kann bisher nur sagen, daß die Erblichkeit bei der Krebsentwicklung eine gewisse Rolle zu spielen scheint, und daß die bisherigen Beobachtungen der Hypothese einer Übertragung des Krebses durch einfache Kontagion nicht günstig sind. E. Levin-Berlin.

Mund und Nase

Läwen, A.-Königsberg i. Pr.: Über die Elephantiasis der Gingiva und ihre operative Behandlung. (Chir. Univ.-Kl.) W. m. W., 1929, Nr. 19, S. 607.

Die Elephantiasis der Gingivea ist kein echter Tumor, vielmehr die Teilerscheinung einer hochgradig vererbbaren Allgemeinerkrankung, die durch angeborene Störungen des ektodermalen und mesenchymalen Keimblattes, eine abnorme Reaktionsfähigkeit des subgingivalen Bindegewebes auf einen unbekannten, aber irgendwie mit den Zähnen in Zusammenhang stehenden Reiz und vielleicht auch durch Störungen des innersekretorischen Betriebes gekennzeichnet ist. Im vorliegenden Fall waren Defekte an Händen und Füßen vorhanden, es fehlten alle Zehennägel. Die Haut an Hand und Fuß war abnorm zart und bläulich verfärbt. Dabei bestand eine Spina bifida occulta. H. Lippert-Köln.

Dohan, N.: Die „Röntgenepilation" der Haarzunge. W. m. W., 1929, Nr. 17, S. 527.

Verf. empfiehlt auf Grund einer günstigen eigenen Erfahrung die Haarzunge mit Röntgenstrahlen zu behandeln. Er erreichte bei einem 43jährigen Pat. durch dreimalige Bestrahlung von im ganzen einer halben Erythemdosis völlige Heilung, während chemische und mechanische Behandlung bisher immer versagt hatten. Die Papillen sind so strahlenempfindlich, daß man mit der halben Dosis auskommt. H. Lippert-Köln.

Digitized by Google

Eghiayan, A.-Genf: La roentgenthérapie de la tuberculose de la langue (Die Röntgenbehandlung der Tuberkulose der Zunge). Schweiz. m. W., 1929, Nr. 17, S. 463.

41jähriger Mann mit einer bohnengroßen unregelmäßigen Ulzeration an der Zungenspitze. Die histologische Untersuchung ergibt Tuberkulose. Die benachbarten Lymphdrüsen sind geschwollen. Lebhafte Schmerzen, so daß Nahrungsaufnahme und Sprechen erschwert sind. Nach Röntgenbestrahlung schnelle Besserung; bereits nach der zweiten Sitzung Nachlassen der Schmerzen. Nach $^3/_4$ Jahren lebhafte Epithelisierung der Ulzeration. Nachuntersuchung nach 22 Monaten: keinerlei krankhafte Erscheinungen. F. Landauer-Berlin.

Joseph, A.-Berlin: Über Angina leptothrica. (Dermatol. Abt. d. Rudolf-Virchow-Krankenhauses.) D. m. W., 1929, Nr. 16, S. 656.

Bericht über zwei Fälle. Typisch für die Erkrankung, die meist ohne Störung des Allgemeinbefindens verläuft, sind festhaftende, gelbliche, stippchenartige Einlagerungen in die Schleimhaut. Mikroskopisch finden sich schlanke, unverzweigte kürzere und längere lichtbrechende Fäden, die sich von Soor durch ihre Zartheit und das Fehlen von Konidien unterscheiden. Die Therapie ist sehr schwierig. Panflavin, Pyoktanin erfolglos. Mentholspülungen werden empfohlen.

F. Harry-Wiesbaden.

Rinjard, O., u. Frl. Cordier: Sur la culture in vivo du virus aphteux (Über die Kultur des Virus der Maul- und Klauenseuche in vivo). Compt. rend. Soc. Biol. Bd. 100, Nr. 12, S. 977.

Bei Hammeln wurde ein aseptisches Ödem erzeugt durch Einspritzung einer Emulsion von Krotonöl in physiologischer Kochsalzlösung in das subkutane Bindegewebe. Wurde dieser Emulsion Serum von an Maul- und Klauenseuche erkrankten Kaninchen zugesetzt, so fand eine außerordentlich reiche Vermehrung des Virus statt. Es ist zu hoffen, daß man auf diese Weise große Mengen eines reinen Antigens gegen Maul- und Klauenseuche wird erhalten können. E. Levin-Berlin.

Markoff, K.-Sofia: Adenoma papilliferum malignum seu destruens der Nase. Bulgarska Klinika, 1928, S. 275.

Bei einer 45jährigen Frau entwickelte sich ein maligner Tumor in der linken Nasenhöhle, der innerhalb 6 Monaten fast die ganze Gesichtsmitte ergriff. Klinisch zeigt er nichts Besonderes und stellt sich wie sonst als ein maligner Nasentumor dar. Durch Rhinotomia lateralis nach Moure läßt sich zwar ein temporärer Stillstand herbeiführen, doch erfolgt bald ein Rezidiv in alter Stärke. Histologisch ist die Geschwulst zusammengesetzt aus epithelialen Elementen, Ästen und Zweigen epithelialer Zellen, die in ein zartes Bindegewebe eingebettet sind; die Verzweigungen stellen richtige Papillen dar, welche fast vollständig die Hohlräume der azinösen oder tubulösen Elemente erfüllen, letztere sind mit Zylinderepithel bekleidet, das Lumen zeigt reichlichste papilläre Ramifikationen. Diese Geschwulstvarietät findet sich häufiger im Gastrointestinaltrakt und im Uterus, ganz ausnahmsweise im Naseninneren. M. Kazarowa-T. Pasardschik.

Korach, S.-Hamburg: Über gangränöse Prozesse im Rachen bei Schädigung des Granulozytenapparates. M. Kl., 1929, Nr. 30, S. 1171.

Beschreibung eines typischen, letal geendeten Falles von Agranulozytose. Ob diese eine selbständige Erkrankung oder nur ein Symptomenbild ist, bedarf noch weiterer Beobachtungen, um eine primäre Sepsis handelt es sich wohl nicht; es waren hier jedoch mehrere fieberhafte Anginen voraufgegangen, von ihnen ausgegangene invisible Giftstoffe durften durch Schädigung des myeloischen Gewebes die Agranulozytose hervorgerufen haben und infolge der fehlenden Polynukleären und der Leukopenie verloren die Gewebe ihre Widerstandskraft und gestatteten den Bakterien das Eindringen in die Zerstörungen an der Mundschleimhaut.

E. Levin-Berlin.

Littauer u. Bonnin-Berlin: Über Erzielung lokaler Immunität der Rachenorgane mit Immunoral. (Polikl. f. Hals-, Nasen- und Ohrenkranke.) M. Kl., 1929, Nr. 30, S. 1177.

Aus den zahlreichen Rachenabstrichen unter Ausschluß von Diphtherie wurden Züchtungen vorgenommen und davon ein weitgehend polyvalenter Extrakt „Immunoral" gewonnen, der mittels eines damit reichlich getränkten Wattebausches mit den erkrankten Organen in innige Berührung gebracht wird. Gute Wirkung bei eitrigen Anginen, Tonsillarabszessen, Rachen- und Kehlkopfkatarrhen, Nebenhöhleneiterung in Form von Spülungen. E. Levin-Berlin.

Digitized by Google

Coutard, H.-Paris: Die Röntgenbehandlung der epithelialen Krebse der Tonsillengegend. (Radium-Inst. d. Pariser Univ.) Strahlenther., Bd. 33, H. 2, S. 249.

Unter 46 Fällen von Epithelkrebs der Tonsillengegend erreichte der Tonsillentumor das Velum und die Uvula 25mal, 21mal war er bis zum Sulcus palatinus und Sulcus pharyngeus vorgedrungen, 15mal war die Zunge einbezogen, 7mal der Mundboden beteiligt, in 5 Fällen füllte die Krebsmasse die Fornizes des Vestibulum oris aus, fast immer bestand Drüsenschwellung. Von den sechs lokal Geheilten starben vier, wahrscheinlich an Metastasen, einer ging an Osteonekrose des Unterkiefers zugrunde, einer an Lymphdrüsen außerhalb der bestrahlten Gegend. Von den übrigen Kranken starben noch 22 an der Weiterentwicklung des Krebsherdes, zwölf Pat. jedoch sind 18 Monate bis zu 6—7 Jahren nach Abschluß der Behandlung geheilt. Drei dieser letzteren wurden ergänzend mit Radium behandelt. Bei neun Pat. reichten die Läsionen weit über die Tonsillen und die Gaumenbögen hinaus, drei hatten weniger ausgedehnte Läsionen. Von neun eigentlichen nicht epidermoiden Tonsillenepitheliomen wurden drei geheilt. Günstiger noch waren die wenig differenzierten epidermoiden Epitheliome vom Schleimhauttyp mit vorwiegend Basalzellen, fünf Heilungen bei acht Kranken. Die meisten Pat. wurden behandelt: 180 KV, 1,5—2 mm Zn, 40—50 cm FHA, 100—250 cm Feldgröße, 50—150 H (12500—37500 franz. R) je nach Ausdehnung der Läsionen und der Lymphdrüsen, zwei transversale Felder, in den schwierigen Fällen 4—6 Felder, 15—30 Stunden. Die Behandlungsdauer ging mit 14—40 Tagen über die optimal erachteten 15—20 Tage des Pariser Radiuminstituts hinaus. Die manchmal unvermeidlichen Geschmackstörungen und die Trockenheit der Schleimhäute können Monate dauern. Verschwindet die durchschnittlich am 13. Tage auftretende Radiocpithelitis nicht gegen den 26. Tag, so sind ebenso wie bei der gegen den 23.—26. Tag erscheinenden, gegen den 40. Tag ausgeheilten Radiocpidermitis Komplikationen zu fürchten. Die gefährlichste ist die Osteonekrose des Unterkiefers. E. Kottmaier-Mainz.

Wiraboff, A. W.-Charkow: Die biologischen Beziehungen zwischen Ozäna und Sklerom. (Kl. f. Ohren-, Hals- u. Nasenkrkh. d. Med. Inst.) Zbl. f. Bakt., Bd. 112, H. 6/8, S. 469.

Die Komplementbindungsreaktion des Blutes Skleromkranker ist streng spezifisch. In 12—13% ergaben Sera von Ozänakranken positive Resultate. Diese Beobachtung spricht jedoch nicht gegen die Spezifizität der Reaktion, zumal bei zahlreichen Ozänakranken gleichzeitig Sklerombazillen nachweisbar waren. Verf. glaubt, daß Ozänafälle mit positiver Skleromreaktion ein latentes Stadium eines beginnenden Skleroms darstellen oder Sklerombazillenträger sind. Fällt die Skleromreaktion bei Anwesenheit von Sklerombazillen negativ aus, dann handelt es sich um einen Sklerombazillenträger. Positive Resultate ohne Sklerombazillenausscheidung können durch die Schwierigkeit der bakteriologischen Isolierung von Reinkulturen erklärt werden. F. Harry-Wiesbaden.

Martenstein, H., u. G. Jung-Breslau: Zur Strahlenbehandlung des Skleroms (Mit Bemerkungen über das Sklerom in Schlesien). (Univ.-Ohrenkl. u. Univ.-Hautkl.) Strahlenther., Bd. 33, H. 2, S. 206.

Der Erfolg der Röntgenbestrahlung des Skleroms hängt von unbekannten Faktoren ab. Weder die angewandte Technik noch das Alter oder die Ausdehnung des Skleroms spielt eine ausschlaggebende Rolle. Auch durch die Kombination mit Radium konnte beim Sklerom der Schleimhäute der Nase und des Nasenrachenraumes eine Verbesserung nicht erzielt werden. E. Kottmaier-Mainz.

Talg- und Schweißdrüsen

Erdheim, S.-Wien: Ein Beitrag zur Pathologie der Schweißsekretion. (Chir. Abt. d. Allg. Poliki.) W. kl. W., 1929, Nr. 15, S. 587.

Bei einer 30jährigen Frau findet sich über einem Muskelangiom eines Daumenballens eine übermäßig, völlig lokalisierte Schweißsekretion. Histologisch ist das exstirpierte Angiom von einer Bindegewebskapsel umgeben. Es wächst nicht infiltrativ in diese hinein. Über der Geschwulst sind alle Teile der Haut verdickt. In der Subkutis liegen zwischen Tumor und Haut reichlich stark vergrößerte Schweißdrüsen. Teils sind die Lumina vakuolenartig. Auch die Ausführungsgänge sind erheblich vermehrt. Es handelt sich zusammenfassend um eine streng umschriebene Veränderung der Haut mit pathologischer Schweißsekretion und ein darunter liegen-

Digitized by Google

des Angiom. Man muß annehmen, daß der kleine Tumor durch ständige Ausübung eines Reizes auf die sekretorischen Nerven die Hyperidrosis veranlaßt hat. Wahrscheinlich wäre das öfter zu beobachten, entzieht sich aber häufig der Beobachtung, weil die Stellen nicht so günstig liegen wie in diesem Fall. Es empfiehlt sich jedoch, nunmehr darauf zu achten, ob nicht bei anderen subkutanen Geschwülsten Ähnliches festzustellen sein wird. Hervorzuheben ist, daß es sich in diesem Fall nicht um eine angeborene Veränderung handelt, daß man also nicht sagen kann, daß das Angiom und die Schweißdrüsenanomalie angeboren und damit einander koordiniert sein könnten. H. Colman-Berlin.

Haare und Nägel

Mayer, E.-Budapest: Hypertrichose und deren Behandlung. Verhandlg. Ungar. ärztl. Gesellsch., 1929, Nr. 11—12, S. 182.

Immer weitere Verbreitung gewinnt die auf der Elektrokoagulation basierende Diathermie-Epilation. Während bei der Elektrolyse zur Entfernung eines Haares 15—20 Sekunden notwendig sind, genügen bei der letzteren schon 2—3 Sekunden, so daß ohne übermäßige Inanspruchnahme der Geduld des Pat. und des Arztes 60—80 Haare leicht entfernt werden können. Nach Mayers Erfahrungen ist die rechtwinklig gebogene Bordier-Nadel am besten geeignet, diese ist in ihrer ganzen Länge isoliert und läßt nur die 1—1½ mm lange Spitze frei. Rezidive sind auch bei der Elektrokoagulation in der gleichen Zahl zu erwarten wie bei der Elektrolyse, und diese können, mit Ausnahme der Naevi pilosi, nicht mehr als 20% ausmachen. Wie er glaubt, fallen die von einzelnen Autoren angegebenen Rezidive von 50 und mehr Prozenten ausschließlich zu Lasten der Technik.

M. Kazarowa-T. Pasardschik.

Netherthon, E. W.-Cleveland: Leukonychia Striata. J. Am. m. Ass., 1929, Bd. 93, Nr. 2, S. 116.

An der Hand von zwei Beispielen zeigt Netherton, daß die Leuconychia striata nach zu energischen Manikuren auftreten kann; die regelmäßigen Abstände zwischen den weißen Streifen weisen in solchen Fällen auf die regelmäßige Schädigung der Nagelfalze hin. Die obigen Pat. waren gewohnt, sich regelmäßig den Falz mit einem Orangeholzstäbchen zurückzuschieben. Nach schonendem Verhalten bei dieser Manipulation traten die weißen Streifen nicht mehr auf.

F. Juliusberg-Braunschweig.

Daniljak, J.-Baku: Zur Behandlung der Haematoma subunguale, des Unguis incarnatus und des Panaritium unguale. (Chir. Univ.-Kl.) Zbl. f. Chir., 1929, Nr. 33, S. 2059.

Alle bisher bekannten Behandlungsmethoden der in der Überschrift genannten Krankheiten wurden durchgeprüft, besonders auch die der gänzlichen oder teilweisen Nagelausschneidung mit darauffolgender Thierschscher Plastik der Wunde. Eine eigene Methode bewährte sich am besten: Oberstsche Lokalanästhesie, Nagelexzision, Stutzen des Nagelbettes mit der Schere. Auf die noch blutende Wunde mehrere Schichten steriler Gaze und eine Watteschicht. Verband bleibt 3—4 Tage; danach Entfernung der Watteschicht und einiger Lagen Gaze. Die verbleibende Gazeschicht wird bis zu den Rändern des Nagelbettes beschnitten. Abermals steriler Verband für 7—9 Tage; danach völlige Entfernung desselben, die Wunde ist verheilt. Diese Beschreibung gilt für die völlige Entfernung des Nagels; bei der teilweisen wird der Verband bereits am 9. Tage entfernt. In einigen seltenen Fällen fand keine Heilung per primam statt; dann wurde zur offenen Behandlung übergegangen. Auch bei Nagelphlegmonen wurde die beschriebene Methode angewendet; der Verband wurde dann erst am 14. Tage entfernt. M. Kruspe-Dresden.

Tagesgeschichtliche Nachrichten

Gestorben: Dr. Alexandre Renault, Médecin honoraire am Hôpital Midi in Paris. R.

Nachdruck (auch des Abschnittes „Tagesg. Nachr.") ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt

Verantwortlich für die Redaktion: für Originalabhandlungen und T. N.: Prof. Dr. J. H. Rille. Leipzig, Johannisplatz 1. Für den Referatenteil: Dr. Fritz Callomon, Dessau

Digitized by Google

Dermatologische Wochenschrift

Nr. 5 (Bd. 90) 1. Februar 1930

Aus der Heidelberger Universitäts-Hautklinik
(Direktor: Prof. Dr. Bettmann)

Veränderungen der Hautfelderung an der Leiche

Von

Prof. Dr. Bettmann

Mit 3 Abbildungen im Text

Die Schnelligkeit, mit der Hautveränderungen und namentlich komplexe Dermatosen sich nach dem Tode wandeln oder für die Betrachtung unkenntlich werden, verweist auf Voraussetzungen, die nicht einfach vom Aufhören der Zirkulation und der Entblutung der Gefäßperipherie her erklärt werden können, sondern die mit allen Faktoren zusammenhängen müssen, welche im Gewebe Entspannungen und Erstarrungen bedingen. Diese Vorgänge sind zunächst so subtil, daß zu ihrer Erfassung auch die histologische Untersuchung vollständig versagt. Es ist deshalb wichtig, daß wir einen besonders feinen Indikator solcher frühester postmortaler Veränderungen in der Felderungszeichnung der Haut besitzen. Grundsätzlich muß nach allem, was wir über Entstehung und Bedeutung der feinen Hautfelderung wissen, ohne weiteres einleuchten, daß sie vom tieferen Gefüge abhängt und daß sich somit auch Spannungsveränderungen im Gewebe der Haut in die Oberfläche projizieren.

Das gilt für die verschiedenartigsten Voraussetzungen, welche das Gefüge der Haut am Lebenden beeinflussen. Ebenso wissen wir, daß Verfahren zum Studium der Hautfelderung, die das Untersuchungsmaterial aus den normalen Lebensbedingungen herausnehmen, niemals die natürlichen Verhältnisse vollkommen richtig wiedergeben. Es ist demnach mit einem Einfluß der Leichenveränderungen auf die Oberflächenzeichnung der Haut unabhängig von weiteren äußerlichen Einwirkungen zu rechnen. Nur fragte es sich, ob diese Veränderungen zunächst nicht zu geringfügig seien, um an der frischen Leiche kenntlich zu werden oder sich gar genauer auswerten zu lassen. Es handelt sich also zunächst um die geeignete Methodik.

Man kann etwa mikrophotographische Aufnahmen der Hautoberfläche an der Leiche vornehmen, gegebenenfalls unter Zuhilfenahme von Einfärbungen. Aber dieses Verfahren gestattet schon wegen seiner Schwerfälligkeit keine breite Verwertung. Immerhin läßt es sich in einzelnen Fällen zur Kontrolle mit heranziehen. Als einfache und zuverlässige Methode dagegen kann das Dermatogrammverfahren empfohlen werden, das analog der Daktylographie Abdrücke von den verschiedensten Haut-

Digitized by Google

stellen liefert. Welche ausgezeichneten Resultate es am Lebenden ergibt, ist hier nicht ausführlich zu rekapitulieren.

Ich verweise bezüglich der Normalbefunde auf meine zusammenfassenden Arbeiten[1]). Es konnte gezeigt werden, daß diese einfache Methode nicht nur charakteristische regionäre Eigentümlichkeiten wiedergibt, sondern auch Unterschiede nach Alter, Geschlecht, Konstitution, individuellen Besonderheiten aufdeckt. Am geeignetsten für die Untersuchungen erschien die Bauchhaut, aber es läßt sich beispielsweise auch an der Brusthaut eine Fülle entsprechender Eigentümlichkeiten im Dermatogramm festhalten.

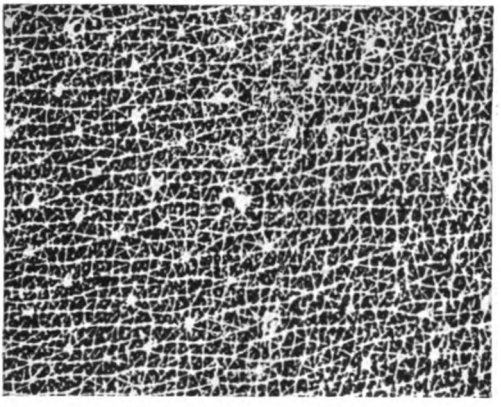


Abb. 1. Bauchhaut; 49jähr. Mann. Befund 1 Stunde nach dem Tode. (Dermatogramm in 3facher Vergrößerung)

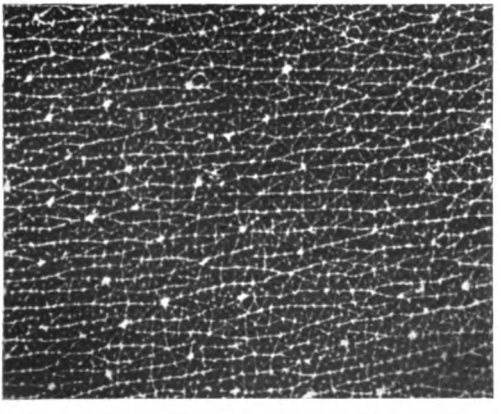


Abb. 2. Dieselbe Hautstelle wie in Abb. 1 11 Stunden nach dem Tode

Die bei aller Feinheit unverkennbaren typischen normalen Unterschiede und charakteristischen Abweichungen vom normalen Felderungsbild unter pathologischen Bedingungen machten es von vornherein wahrscheinlich, daß sich am Dermatogramm wenigstens unter günstigen Bedingungen schon sehr bald nach dem Tode auch Leichenveränderungen ausprägen müßten.

Aufschluß darüber vermitteln am besten Reihenuntersuchungen an derselben Leiche, die Vergleichungen sukzessiver Befunde gestatten — womöglich neben dem Befunde, der noch am Lebenden gewonnen wurde.

Die Abb. 1 und 2 stammen von einer solchen Entwicklung. Die Bilder sind als Positive wiedergegeben, so daß also die Hautfelderchen schwarz und die Furchen weiß erscheinen. Abb. 1 zeigt (in dreifacher Vergrößerung) von der Leiche eines 49jähr. Mannes eine Stelle des Dermatogramms der Bauchhaut zunächst 1 Stunde nach dem Tode. Der Befund entspricht noch vollkommen dem Normalbilde des Lebenden. Beachtenswert ist nur

[1]) Arch. f. Derm., 153. Zschr. Anat., 85.

Digitized by Google

ein auffallend starkes Hervortreten der Follikelmündungen, das in Beziehung zu einer postmortalen Cutis auserina steht. Aber das Bild zeigt noch nichts, was den Schluß erlauben könnte, daß es sich um etwas Besonderes und speziell um einen Leichenbefund handelt.

Bereits eine Stunde später aber fanden sich (wie die Kontrolle zeigte) Anfänge einer Veränderung, die 11 Stunden nach dem Tode zu einem Befunde geführt haben, der (Abb. 2) im Vergleich zum ersten Bilde ohne weiteres durch die geänderte Zeichnung und „Unbelebtheit" auffällt. Sie rührt daher, daß eine Fülle von feinsten Fältelungen sich ausgeglichen hat und daß namentlich vertikale Abteilungslinien weggefallen sind. Dadurch kommt eine besonders starke Betonung horizontaler Systeme zustande, während von einer Zusammenordnung zu „Stern"-Figuren so gut wie nichts mehr zu erkennen ist. Aber auch die Horizontallinien sind etwas verschmälert. Die Gesamtveränderung wird wohl am deutlichsten kenntlich, wenn man bei der Betrachtung von den Follikeln und ihrer Umgebung ausgeht. Da die Follikelmündungen als Leitpunkte dienen können, bestätigt sich unverkennbar eine geringfügige, aber meßbare Verzerrung, die eindrucksmäßig ohne weiteres erfaßt werden konnte.

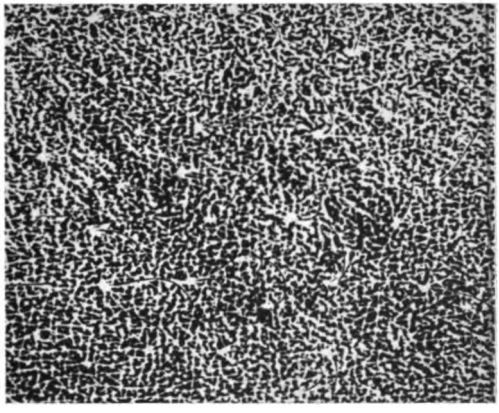


Abb. 3. Bauchhaut; 48jähr. Frau. Befund 11 Stunden nach dem Tode. (Dermatogramm in 3facher Vergrößerung)

Somit ergibt dieser Befund zum gegebenen Zeitpunkte (11 Stunden nach dem Tode) zwar eine Verarmung des Oberflächenbildes der Haut und den Eindruck einer gewissen Starre, aber doch so, daß die charakteristischen Eigentümlichkeiten der Zeichnung am Lebenden vollkommen erhalten geblieben sind. Es ist möglich, dem Bilde zu entnehmen, daß es sich um die Abdominalhaut eines erwachsenen Mannes handelt, ja, diese Feststellung wird eher dadurch erleichtert, daß der Befund im Verhältnis zu dem des Lebenden (der ja in Abb. 1 noch erhalten ist) fast schematisiert erscheint.

Ganz anders stellt sich ein Dermatogramm dar, das ebenfalls 11 Stunden nach dem Tode von einer 48jähr. Frau gewonnen wurde (Abb. 3). Es stammt vom gleichen Bezirk der Bauchhaut wie das des ersten Falles. Als vitales Normalbild wären nur geringfügige Abweichungen vom Befunde beim Manne im Sinne eines „Indifferenzbildes" mit ausgesprochen sternförmigen Anordnungen der dreieckigen Bausteingruppen um die Follikel bei geringerer horizontaler Ausrichtung der Systeme zu erwarten gewesen. Tatsächlich aber ist am Leichendermatogramm jede Ordnung bereits fast völlig verwischt. Es ergibt sich der Eindruck einer Änderung der Form der einzelnen Bausteingruppen wie einer vollkommenen Auflösung der Anordnungen und Ausrichtungen des Lebenden.

Digitized by Google

Ein Eingehen auf weitere Einzelheiten kann hier unterbleiben. Es genügt, die gewaltigen Unterschiede der beiden Befunde zu demonstrieren, die uns als Beispiele dienen sollen. Die Fülle der tatsächlich vorkommenden Formänderungen und ihre zeitlichen Entwicklungen in verschiedenen Fällen verlangt systematische Untersuchungen an großem Materiale.

Welche Faktoren kommen zur Erklärung der Unterschiede in Betracht? Die postmortalen Änderungen der Felderungszeichnung sind in Beziehung zu allen Bedingungen zu setzen, welche Spannungsveränderungen in der Haut, Änderung des Wassergehaltes und Erstarrung beherrschen. So sind auch Beziehungen zum Erkalten der Leiche, zum Auftreten der Totenflecken wie zum Eintritt der Totenstarre zu verfolgen und es sind Einflüsse zu berücksichtigen, die von verschiedenen Ansatzpunkten her wirksam werden.

1. Für die postmortale Änderung der Felderungszeichnung werden alle Außenfaktoren wichtig, die austrocknend oder erweichend und abkühlend wirken können. Schon deshalb ist die Außentemperatur und die Feuchtigkeit der Umgebung zusammen mit der Lagerung der Leiche bedeutungsvoll. Vor allem müssen sich exzessive Bedingungen auswirken, denen das Interesse der gerichtlichen Mediziner und Kriminologen zukommt.

2. Es handelt sich um die Vorgänge in der Haut selbst. Hier gewinnt, abgesehen von den Wasserverlusten, das Verhalten der glatten Muskulatur besondere Bedeutung. Bei ihr ist auf eine Totenstarre ebenso zu achten wie bei anderen glatten Muskeln, und zwar nach zeitlichem Einsetzen im ganzen wie nach regionärer Aufeinanderfolge. An unserer Abb. 1 ist ein besonderes Verhalten der Arrectores pilorum ersichtlich. Hier wird noch mancherlei zu studieren sein. Denn die glatte Muskulatur der Haut scheint nach dem Tode zunächst noch auf mancherlei Reize hin kontraktionsfähig zu sein (vgl. Irismuskulatur). Frühreaktionen an der Haut im Sinne der Gänsehautbildung deuten keineswegs ohne weiteres auf Totenstarre.

Die Änderung der Felderungszeichnung tritt früher auf als die erkennbare Todenstarre der quergestreiften Muskulatur und diese letztere führt zu massiveren Verzerrungen des Oberflächenbildes. Das alles ist übrigens schon nach regionären Voraussetzungen verschieden, zum Teil in Abhängigkeit von lockerem oder strafferem Verheftetsein der Haut mit der Tiefe.

3. Für die Ausprägung und die zeitlichen Verhältnisse der postmortalen Veränderungen besonders wichtig ist die Todesart und das Gesamtbefinden vor dem Tode. Gerade bei der Felderungszeichnung ist das zu beachten, weil sie in besonders feiner Weise auf die Hautbeschaffenheit abgestimmt ist. Vor allem muß deshalb für ihre Änderungsmöglichkeit nach dem Tode alles berücksichtigt werden, was am Lebenden typische Unterscheidungen nach Alter, Geschlecht, Konstitution und Krankheit erlaubte. Wir können das Leichendermatogramm nicht verstehen, ohne diesen Faktoren Rechnung zu tragen, aber andererseits lassen gerade auch Leichenveränderungen unter Umständen genaue Rückschlüsse auf Bedingungen zu, die sich im Leben modellierend ausgewirkt haben.

Digitized by Google

Es wird danach verständlich, daß — schon wegen des Ineinandergreifens sehr verschiedenartiger Faktoren — schließlich keine allzu enge Formel für die Analyse der postmortalen Änderung der Felderungszeichnung der Oberhaut gegeben werden kann, wobei die Veränderlichkeit von prämortalen Bedingungen, die tatsächlich eintretende Veränderung dagegen wenigstens in ihrer zeitlichen Entwicklung in hohem Maße von der Besonderheit postmortaler Einflüsse abhängt. Je nach dem vitalen Felderungstyp, der Todesursache und den postmortalen äußeren Bedingungen ist damit zu rechnen, daß zu einem frühen Zeitpunkte nach dem Tode die Felderungszeichnung der Haut eher eine Unterstreichung des Vitaltypus oder eher seine Auflösung erkennen läßt. Das hängt zunächst in weitem Ausmaße schon von den Voraussetzungen ab, die am Lebenden Richtungsbilder und Indifferenzbilder unterscheiden lassen und von allem, was von „endogenen" Bedingungen den Eintritt der Leichenveränderungen beschleunigt oder hintanhält.

Es läßt sich nach dem Gesagten auf eine ganze Reihe von Voraussetzungen verweisen, welche die Verschiedenheiten der beiden Leichendermatogramme begründen, die wir als Beispiele gewählt haben. Unterschiede der äußeren postmortalen Bedingungen und Einwirkungen waren nach Möglichkeit vermieden. Die Untersuchungen stammen vom gleichen Tage. Die beiden Leichen waren möglichst schnell nach dem Tode in denselben Raum verbracht worden und befanden sich dort bei gleicher Lagerung unter denselben Bedingungen der Lufttemperatur usw. Es handelt sich weiter um gleichalterige Personen, aber im ersten Falle um einen Mann, im zweiten um eine Frau. Schon daraus resultieren jene Unterschiede der Felderungsbilder, die wir als männliches Richtungsbild und weibliches Indifferenzbild einander gegenüberstellen können und die gerade in den beiden Fällen, um die es sich hier handelt, sehr gut dem Gesamttypus eines körperlich gut durchtrainierten muskulösen Mannes und einer älteren eher fettleibigen Nullipara entsprachen.

Der Mann war unmittelbar im Anschluß an eine Schädeloperation gestorben, die Frau dagegen war an einer diffusen eitrigen Peritonitis zugrunde gegangen. Es bestanden also in der letzten Zeit vor dem Tode sehr wesentliche Unterschiede im Allgemeinbefinden wie im Lokalbefunde des Abdomens, aus denen es ohne weiteres verständlich werden kann, daß zum Vergleichspunkte nach dem Tode so gewaltige Verschiedenheiten an den Dermatogrammen sich ausdrücken. Somit läßt sich eine ganze Reihe von Faktoren anführen, die sich summierten, um eine Auflösung der normalen vitalen Ordnung bei der Frau zu begründen, während bei dem Manne solche Einflüsse fehlten. Die Leichenstarre war bei der Frau 11 Stunden nach dem Tode deutlich, bei dem Manne noch kaum erkennbar.

So eindrucksvoll die gegebenen Einzelbeispiele sein mögen, entsprechen sie in ihren Gegensätzlichkeiten doch nur einer besonders geeigneten Kombination der Voraussetzungen, und es bedarf sehr großer Reihen von genauen Untersuchungen, ehe etwa der Versuch gemacht werden dürfte, aus ihnen praktische Folgerung zu ziehen, vor allem im Sinne von Verwertungen in der gerichtlichen Medizin und speziell für Todeszeitbestimmungen. Daß die Methode brauchbare Ergebnisse liefern kann,

Digitized by Google

erscheint mir sicher, der Umfang der praktischen Anwendbarkeit ist noch zu erweisen.

Auf alle Fälle aber ist es möglich, mit Hilfe des Dermatogrammes nachzuweisen, welch hochgradige Änderungen des Oberflächenreliefs der Haut sich alsbald nach dem Eintritt des Todes ergeben. Sie konnten nach Umfang und Bedeutung nicht gewürdigt werden, solange man sich darauf beschränkte, die Felderungszeichnungen überhaupt nur an „Erstarrungsbildern" und nicht am Dermatogramme von der lebenden Haut genauer zu studieren.

Aus dem Pilzlaboratorium von Dr. T. Benedek in Leipzig

Beitrag zur Kenntnis und Therapie des pompholyziformen Schizosaccharomykids (sog. „echte", „amykotische" Dyshidrosis)

Von

Dr. T. Benedek und Dr. U. Greif

Mit 5 Abbildungen im Text

In einer vorläufigen Mitteilung hat der eine von uns (B.) in dieser Wochenschrift an Hand von 22 Fällen über die Ergebnisse seiner Untersuchungen an „dishidrosiformen" palmaren und plantaren Mykosen berichtet. Es konnte gezeigt werden, daß die „echte", „amykotische" Dyshidrosis von T. Fox, der Cheiropompholyx von J. Hutchinson, der Pompholyx von Robinson — mit einem Wort — das durch die sagokornartigen Bläschen charakterisierte Krankheitsbild der Palmae und Plantae eine rein hämatogen-infektiös entstandene Spalthefeaffektion (Spalthefemykid) ist, während die sog. „Pseudodyshidrosen" eine Doppelinfektion eines auf hämatogen-infektiösem Wege entstandenen Spalthefemykids und einer von außen her sekundär aufgepfropften Hyphomykose darstellen. Es ist besonders betont worden, daß diese Form der Spalthefemykosen therapeutisch durch Spalthefevollvakzine in hervorragendem Maße beeinflußt werden könne und die Anwendung einer Spalthefevollvakzine die Methode der Wahl sei.

Der Fall, den wir im folgenden erörtern wollen, bietet u. a. auch bezüglich der Therapie dieser Affektion einen so klassischen Beweis, daß uns dessen Veröffentlichung hinlänglich begründet erscheint.

Die diagnostischen Schwierigkeiten, die therapeutischen Irrtümer, die vollkommene Erfolglosigkeit jeder Therapie bis zur Feststellung des wahren mykotischen Charakters der Affektion; das plötzliche Ansprechen und die rasche, endgültige Abheilung dieses drei volle Jahre währenden Krankheitszustandes nach Aufdeckung des eigentlichen Erregers, durch die ätiologisch begründete, kausale Therapie, bot uns eine einzigartige Gelegenheit, durch schwierige, oft und in breiten Serien wiederholte mykologische Untersuchungen die Ätiologie der Affektion zu klären und uns therapeutisch — das soll ganz besonders hervorgehoben werden

Digitized by Google

— gerade wie in einem Experimentum crucis über die absolute Spezifität und alleinige Wirksamkeit der verwendeten Spalthefevollvakzine zu vergewissern, zu überzeugen.

Zunächst geben wir eine gedrängte Krankheitsgeschichte dieses nicht zuletzt durch eine außergewöhnliche Länge des Krankheitszustandes gekennzeichneten Falles:

Familienanamnese nicht von Belang.

Anamnese: Pat. ist früher nie hautkrank gewesen. Sie litt auch nie an Schweißen der Hohlhände oder Fußsohlen. Seit 3 Jahren hat sie keine Perioden mehr. Ein Kind sei im Alter von wenigen Monaten gestorben. Keine lebenden Kinder, keine Fehlgeburten. Der Ehemann ist gesund.

Sie leidet seit Anfang April 1926 an einem Hautausschlag beider Hohlhände und Knie. Die Affektion begann am rechten Daumenballen mit tief in der Haut liegenden Bläschen. Die Bläschen hatten teils wäßrigen, teils eitrigen Inhalt. Dabei hatte Pat. außer leichtem Jucken an diesen Stellen gar keine Schmerzen. Die Kranke wurde 3 Monate lang bei zwei praktischen Ärzten mit grauer, weißer und gelber Salbe behandelt. Nach einer großen Wäsche hat sich das Hautleiden sehr verschlimmert.

Status praesens: 21. X. 1926. Gut entwickelte 50 Jahre alte Frau im Klimakterium, mit gesunden inneren Organen. An beiden Hohlhänden im Bereich der Daumenballen sieht man in etwa Fünfmarkstückgröße Herde „dyshidrotischen" Charakters. Während im Zentrum die Bläschen geplatzt sind und auf ihrer Basis eine wabige Struktur zeigen, sind an der Peripherie noch voll erhaltene tiefliegende, sagokornartige Bläschen vorhanden, durch deren Hautdecke eine gelblich-bräunliche Flüssigkeit hindurchschimmert. An beiden Knien findet man über den Patellen je einen etwa markstückgroßen, ähnlichen, mit tiefliegenden Bläschen, Pusteln versehenen, leicht schuppenden Herd. Die übrige Haut ist frei von Veränderungen. Die Kopfhaut zeigt eine reichliche diffuse Schuppung (Pityriasis capitis = lokalisierte Spalthefemykose).

Die Hautaffektion wurde zunächst als „Eczema dyshidroticum" angesehen.

Die Behandlung bestand anfänglich in heißen Handbädern mit Kal.-permanganat.-Lösung, feuchten Verbänden mit Liquor Burowi und nach Abklingen der akuten Entzündung in Salbenverbänden mit Ungt. Desitin. Neueruptionen von Bläschen wurden eröffnet und mit Sol. Trypaflavin eingepinselt. Dabei trat ein deutlicher Rückgang der Erscheinungen auf. 8 Tage später zeigte sich ein starker Schub von Bläschen beider Hohlhände. Pat. erhielt darauf Umschläge mit Salizyl-Resorzinwasser. Wegen der Hartnäckigkeit der Affektion wurde zu stärkeren Mitteln wie Ung. Hg.praecipit. albi, Salizyljodtinktur, 2—3%ige Lenigallolzinkpaste, 10%ige Ichthyolvaseline übergegangen.

Am 24. XI. 1926 sind alle Bläschen beseitigt; die Entzündung ist völlig abgeklungen; es hat sich eine glatte neue Haut gebildet, so daß nochmal eine Nachbehandlung mit 2%igem Salizylspiritus angeordnet wurde.

9. XII. 1926. Rißbildung der Hohlhände. Salizylhebrasalbe. Einleitung einer Arsenkur.

13. XII. 1926. Rezidiv, neue Bläscheneruption der Hohlhände. Unter 10%iger Tumenolzinkpaste Besserung.

15. XII., 22. XII. 1926 und 5. I. 1927 Röntgenoberflächentherapie (I. Turnus) beider Handballen: $^1/_3$ HED mit 1 mm Al pro Feld.

5. I. 1927. An der Streckseite des rechten Unterarmes, nahe dem Ellbogen zeigt sich ein markstückgroßer schuppender Fleck, mit tief in der Haut liegenden Bläschen, genau so aussehend wie die Herde an den Knien.

5. I., 12. I. und 24. I. 1927 Röntgenoberflächentherapie (II. Turnus) der Herde der Knie, des rechten Ellbogens mit der gleichen Dosierung wie bei der Handballenbestrahlung.

11. II. 1927. Unter der Röntgentherapie keine Besserung; im Gegenteil treten Neueruptionen von Bläschen an beiden Handballen und zum ersten Male in etwa Talergröße am Malleolus lateralis dexter auf. Die Herde an den Knien und am rechten Ellbogen sind unverändert geblieben.

21. II. 1927. 20%ige Ichthyolvaseline an den Handballen und Cignolinbenzol 0,1% am rechten Knöchel bringt nur geringe Besserung.

Digitized by Google

Am 24. II. 1927 findet die erste mykologisch-kulturelle Untersuchung statt. Es werden verimpft: 1. Blut auf 5%ige Glukosebouillon, 2. Blaseninhalt, 3. Blasendeckel und 4. Schuppen von sämtlichen befallenen Stellen, und zwar (2—4) auf 8%iges Glukoseagar von Benedek, Glukose- und Maltoseagar von Sabouraud. Kulturen kommen in Brutschrank bei 27° C. Die mikroskopische Untersuchung von Blaseninhalt, Blasendeckel und Schuppen zeigt gar keine Pilzelemente.

28. II. 1927. Alle Herde werden jetzt mit 5%iger Cignolinzinkpaste verbunden.

17. III. 1927. Die erste Kulturserie (24. II. 1927) hat folgendes ergeben: Blut negativ, Röhrchen mit Blaseninhalt, Blasendeckel auf sämtlichen Nährböden negativ; die mit Schuppen beschickten Maltoseagarröhrchen zeigen etliche Kolonien einer weißen Hefe (Nr. 184/III) vom Kryptokokkencharakter und zwei verschiedene Rosahefen.

Obwohl es uns unwahrscheinlich erschien, daß diese Hefen ätiologisch mit der Affektion etwas zu tun haben sollten, haben wir uns doch entschlossen, es auf einen Versuch mit der aus den Schuppen gezüchteten Hefe Nr. 184/III als Vakzine ankommen zu lassen.

31. III. 1927. Unter Cignolintherapie und heißen Kalipermang.-Bädern wechselnder Befund: einmal völliges Freisein von Bläschen und beginnende Restitutio ad integrum, jedoch 8 Tage später bereits an allen affiziert gewesenen Stellen neuer Bläschenausbruch mit starkem Juckreiz.

2. IV. 1927. II. Kulturserie wie am 24. II. 1927. Resultat mikroskopisch und kulturell völlig negativ. Jetzt wachsen auch keine Hefen mehr.

6. V. 1927. Steigerung der Cignolinzinkpaste bis 10%, später bis 20%ige Tumenolzinkpaste, Wilkinson und Balnacidbäder bringen weitgehende Besserung.

7. VI. 1927. Rezidiv; die Herde wieder mit Bläschen über und übersät.

10. VI. 1927. Beginn der Vakzinetherapie mit Hefe Nr. 184/III subkutan, abwechselnd an beiden Oberarmen, und zwar mit 0,1 ccm der Stammvakzine beginnend, alle 3—4 Tage um 0,1 ccm gestiegen, so daß in der Zeit vom 10. VI. bis zum 12. VII. 1927 insgesamt 10 Einspritzungen verabreicht werden.

21. VI. 1927. III. Kulturserie wie am 24. II. 1927. Resultat mikroskopisch wie kulturell ganz negativ.

Auch während der Vakzinebehandlung wechseln Zeiten mit leichter Besserung der Affektion der Hohlhände und des rechten Knöchels mit solcher plötzlichen eruptiven Aussaat von sagokornähnlichen Bläschen.

26. VII. 1927. IV. Kulturserie wie am 24. II. 1927. Resultat mikroskopisch und kulturell negativ.

3. VIII. 1927. Da unter starkem Juckreiz wieder ausgedehntes Rezidiv von Bläschen und Pusteln aufgetreten ist, wird jetzt energisch mit Dreuwscher Salbe behandelt.

11. VIII. 1927. Nach Abklingen der Reizung der Haut, die durch letztere Salbe hervorgerufen wurde, zeigt sich sofort wieder ein erneutes förmliches Aufsprießen von Bläschen, die diesmal vom Zentrum der Herde abgesehen peripherwärts konzentrisch sich entwickeln, so daß der Knöchelherd jetzt handflächengroße Ausdehnung angenommen hat.

In der Zeit vom 11. VIII. bis zum 9. IX. 1927 erhält Pat. 9mal 1,0 ccm der Stammvakzine (Hefe Nr. 184/III) subkutan.

Nebenher wurde lokal mit Pitralon behandelt; durch diese kombinierte Therapie wurde eine Rückbildung der Bläschen und Pusteln erreicht; die Herde beginnen kleienartig abzuschuppen.

21. IX. 1927. Ein neuer Schub von Bläschen mit starkem Jucken. Es wird wieder mit Pitralonsalbe behandelt. Da jetzt die Herde darauf nur wenig mit Besserung reagieren, Verbände mit 10—20%iger Naftalansalbe.

7. XI. 1927. Das Naftalan wird bis 50% gesteigert; dabei zeigen sich keinerlei Neubildungen von Bläschen oder Pusteln mehr.

20. XII. 1927. Nachdem nun mit der Naftalantherapie ausgesetzt wurde, treten nach 10tägigem behandlungsfreiem Intervall wieder neue Bläschen auf.

6. I. und 2. II. 1928. Röntgenoberflächentherapie je 1/3 HED mit 1 mm Al (III. Turnus) beider Handballen und am Malleolus lat. dext.

23. II. 1928. Die Röntgenbestrahlung ergab gar keinen Erfolg; sofort im Anschluß daran Rezidiv.

3. III. 1928. V. Kulturserie wie am 24. II. 1927 ergibt wieder durchweg negative Befunde.

5. III. 1928. Wegen der Irritabilität der Haut wird lokal nur Fissanpaste gebraucht.

Digitized by Google

29. III. 1928. Die Neubildung der Bläschen und Pusteln an den Hohlhänden und am Knöchel hat solchen Umfang angenommen, daß noch einmal ein Zyklus mit 5%iger Cignolinzinkpaste begonnen wird.

24. IV. 1928. Beginn einer III. Vakzinekur (Hefe Nr. 184/III) unter Fortsetzung des Cignolins. Diesmal erhielt Pat. in der Zeit vom 24. IV. bis zum 13. VII. 1928 intrakutan 23 Injektionen von 0,1—0.6 ccm der Stammvakzine.

Bei dieser Vakzinekur zeigt sich bei der 2. Intrakutaninjektion (die 21. Injektion der ganzen Reihe!) eine starke Reaktion aller Herde in Gestalt von Auftreten vieler Bläschen. Nach der 6. Einspritzung (die 27. Injektion der ganzen Reihe!) sieht man 4 Stunden später an der Injektionsstelle eine überfünfmarkstückgroße erhabene, weißliche, quaddelartige, heiß anzufühlende Stelle mit einem $^1/_2$ cm breiten hellroten Randsaum.

18. V. 1928. An der Haut des Halses und beider Unterarme treten diffus verstreut juckende, hellrote papulöse Effloreszenzen auf, die nach Absetzen der Cignolintherapie abblassen und unter Schüttelmixtur abheilen. Diese Affektion wird als Cignolindermatitis angesprochen.

20. VII. 1928. Auch durch die III. Vakzinekur (Hefe Nr. 184/III) wurde kein Sistieren der Bläschen- und Pustelbildung an den Handballen und am rechten lateralen Knöchel erreicht.

3. VIII. 1928. Mit Mitigaleinreibungen wird ein vorübergehender Rückgang der Effloreszenzen erzielt.

19. IX. 1928. Jedoch wieder Rückfall; reichliche Bläschen und Pusteln an allen affizierten Stellen. Einpinselungen mit Arg.-nitric.-Lösung und Salizyljodspiritus.

25. IX. 1928. Die Haut vom Knöchel und von den Handballen ist so reizbar geworden, daß nur mit milden Salben (Ungt. leniens, Desitin molle) behandelt wird.

12. X. und 19. X. 1928. Röntgenoberflächentherapie (IV. Turnus) wiederum $^1/_8$ HED pro Feld.

23. X. 1928. Das Röntgen hat an den Herden keine Besserung zu erreichen vermocht.

1. XI. 1928. Da die Herde, besonders am rechten Knöchel, wieder starke Progredienz zeigen, Versuch mit 10%igem Salizyl-Guttaplast.

8. XI. 1928. VI. Kulturserie wie am 24. II. 1927 ergibt mikroskopisch und kulturell durchweg negative Befunde.

Fassen wir diesen ersten Abschnitt unserer Krankheitsgeschichte kurz zusammen, so sahen wir, daß es sich um einen „dyshidrotischen" Prozeß beider Handballen bzw. Hohlhände, des rechten Ellbogens, beider Knie und des rechten äußeren Knöchels handelt. Die Affektion begann Anfang April 1926, und sie konnte bis Anfang November 1928 in ununterbrochener Behandlung, in einer Spanne Zeit von weit über $2^1/_2$ Jahren nicht zur Abheilung gebracht werden. Die Salbentherapie, trotz einer sehr reichlichen Auswahl und abwechselnder Verwendung von antiekzematösen und antiparasitären Mitteln, versagte vollständig. Sie wirkte kaum lindernd, sie rief vielfach im Gegenteil eine ausgesprochene Verschlimmerung hervor. Auf kurze, zeitweilige Rückgänge der überaus reichen, sagokornartigen Bläschenaussaat folgten an sämtlichen befallenen Herden Rezidive auf Rezidive. Vier Serien einer Oberflächenröntgentherapie brachten nicht den geringsten Heilerfolg, ja sogar wirkten sie des öftern im Sinne einer auffallenden Reizung. Ganz besonders muß darauf hingewiesen werden, daß die durchgeführte Hefe-Vakzinetherapie (Kryptokokkus Nr. 184/III) in drei Kuren — zunächst zweimal subkutan (10 bzw. 9 Injektionen) bzw. das dritte Mal intrakutan (23 Injektionen!) — die Affektion nicht im geringsten beeinflußte. Dabei trat ein einziges Mal bei der 2. i. c. Injektion von der Hefe-Stammvakzine in der 3. Kur eine etwa als eine Herdreaktion zu deutende Erscheinung an den Krankheitsherden und einmal bei der 6. i. c. Injektion dieser Kur eine rasch vorübergehende Lokalreaktion (beide Male 0,2 ccm Stamm-

Digitized by Google

vakzine i. c.). Dabei ist es noch sehr bemerkenswert, daß der Krankheitsprozeß nicht etwa nur durch die Reizwirkung der jeweils durchgeführten Therapie in seinem Bestande erhalten blieb. Reizwirkungen kamen infolge der Therapie des öftern vor. Wurde aber mit der Behandlung auf Tage oder einige Male auf Wochen ausgesetzt und der Krankheitsprozeß sich selbst überlassen, so folgten Schübe auf Schübe tiefliegender, sagokornartiger Bläschen unter starkem Jucken, manchmal, so insbesondere in der Knöchelgegend, unter heftigem Schmerz.

Trotzdem daß der eine von uns (B.) in der ersten Hälfte des Bestehens der Affektion sechsmal in geringeren und größeren Zeitabständen die sorgfältigste mykologisch-mikroskopische und kulturelle Untersuchung, die sich jedesmal auf Blaseninhalt, Blasendeckel, Schuppen und Blut erstreckte, durchführte, blieben die Ergebnisse vollkommen negativ, bis auf

Abb. 1. Zustand beider Hohlhände am 6. XII. 1928 nach einer $2^1/_2$jährigen Behandlung (s. Krankengeschichte). Die durch die Hautdecke hindurchschimmernden zahlreichen sagokornähnlichen Bläschen, die zerfressene Haut mit den treppenförmigen Durchbruchstellen der Bläschen sind gut sichtbar. (Die Krankheitsherde wurden wegen der besseren Kontrastwirkung an der Grenze der gesunden Haut schwarz angestrichen)

eine einmalige Züchtung von einem Kryptokokkus (Nr. 184/III) aus Schuppen in der ersten Kulturserie. Und ungeachtet dieser negativen Resultate hörten wir keinen Augenblick auf, an der mykotischen Natur der Affektion zu glauben. Die ungewöhnliche Langwierigkeit des Prozesses, das Versagen jeglicher Therapie, das unzählige, eruptive Rezidiv von tiefliegenden, sagokornartigen Bläschen, die bogenförmige Ausbreitung der Herde an sämtlichen Stellen haben uns in unserer Auffassung immer mehr verstärkt. Dazu kam noch, daß die Patientin subjektiv immer das Gefühl hatte, daß die eruptive Bläschenaussaat unter voraufgehendem Jucken und Schmerz von innen nach außen die Haut „durchbreche".

6. XII. 1928. Status praesens: Den Zustand beider Hohlhände zeigt nach einer intensiven Behandlung von $2^1/_2$ Jahren die Abbildung (Abb. 1). Beide Daumenballen sind fast symmetrisch befallen, an der rechten Hohlhand zieht sich die Affektion noch etwa bis zur Mitte der Vola hinein. Die Effloreszenzen sind sehr gleichförmig stecknadelkopf- bis linsengroße tief in die Haut eingelassene, beim Überstreichen

Digitized by Google

eingelagerte Sagokörnchen sich anfühlende, harte, straffgespannte Bläschen mit klarem, seltener getrübtem, fadenziehendem, alkalisch reagierendem Inhalt. Sind die Bläschen geplatzt oder angestochen — die Patientin hatte nämlich die Gewohnheit, sie zwecks Schmerzlinderung mit einer ausgeglühten Nadel aufzustechen —, so sind überall Epithelkrägelchen übriggeblieben, die bei frischgeplatzten oder aufgestochenen Bläschen einen roten, nässenden, wabenartigen Grund umschlossen. Die ganze Hautfläche zeigt etwas Landkartenähnliches.

Die rechte äußere Knöchelgegend (Abb. 2) ist unter Einschluß der Fußkante und der Fußsohle, von der Ferse bis zur Mitte, ferner die Fersengegend, überhaupt ein Feld von etwa 12 × 12 cm, scharf begrenzt mit kreisförmigen Konturen, braunrot entzündet, mit Schuppen bedeckt. Am Rande der Affektion, sowie inmitten der erkrankten Partie sind zahllose, ziemlich tiefe, unter der Hornschicht liegende, grünlich-gelb durchschimmernde, stecknadelkopf- bis linsengroße Pusteln, die beim Anstechen einen milchig getrübten bis grünlich-gelben, mitunter recht reichlichen Inhalt entleeren. Nahe aneinander liegende Pusteln zeigen auch des öfteren ein Konfluieren, indem sie innerhalb der Kornealschicht gegeneinander vordringen und zusammenfließen. Die Knöchelgegend ist angeschwollen und ödematös, ihre Konturen sind verstrichen.

An der Streckseite des rechten Unterarmes, distal, kurz vor dem Olekranon, sowie vor beiden Kniescheiben finden sich einander ganz ähnliche, markstückgroße, schuppende, kaum entzündete Herde mit tief in die Hornschicht eingelassenen, sagokornähnlichen Bläschen trüben Inhalts.

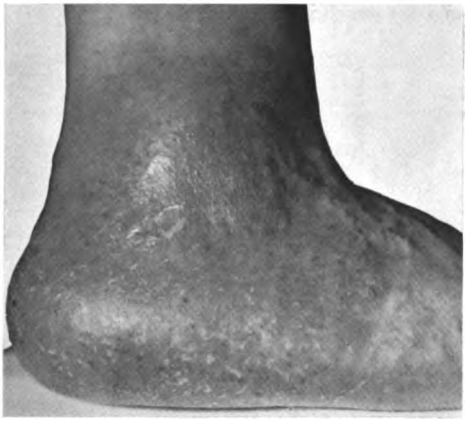


Abb. 2. Die Knöchelgegend am 6. XII. 1928 tief dunkelrot, Malleolus durch Ödem ganz verstrichen, die ganze Gegend mit zahllosen Bläschen und Pusteln besetzt

14. XII. 1928. Anläßlich einer sehr starken, eruptiven Bläschenaussaat an sämtlichen affizierten Stellen wird mit einer neuerlichen (VII.) Kulturserie versucht. Zunächst wurde wiederum mikroskopisch der Bläscheninhalt, die Bläschendeckel und die Schuppen eingehendst untersucht. Bläschendeckel und Schuppen zeigen in Nativpräparaten mit 20% KOH gar keine Pilzelemente. In einem der mit Methylenblau gefärbten Ausstrichpräparate aus dem Blaseninhalt der Hohlhände finden sich zerstreut einige stäbchenförmige Spalthefeexemplare! Kulturell blieb das Blut wiederum negativ, ebenso sämtliche mit Blasendeckeln und Schuppen beschickte Nährböden (Glukose-, Maltoseagar von Sabouraud, 8%iger Glukoseagar von Benedek). Dagegen zeigten sich am 5. bis 6. Tage in Kulturröhrchen mit 8%igem Glukoseagar, die mit Bläscheninhalt von Hohlhänden und von der Fußsohle beschickt worden sind, 1—2 kleine, kaum linsengroße, flache, bräunliche, lehmige Kolonien, die auf Grund mikroskopischer Untersuchung als Kolonien des „Bluttyps" der Spalthefe identifiziert werden konnten.

27. XII. 1928. Spalthefevollvakzine Nr. 155: 0,1 ccm i. c. (1).

28. XII. 1928. Lokalreaktion: Intrakutanprobe nach 24 Std.: 7 × 7 cm heißroter, sehr schmerzhafter, etwas infiltrierter Reaktionshof, mit einem 5 mm breiten anämischen Ring; in der Mitte sitzt eine 12 mm große, elevierte harte Papel.

Herdreaktion: Auf diese erste Injektion einer Spalthefevollvakzine hin trocknen die unzähligen Blasen an beiden Handtellern und ebenso in der Knöchelgegend, sowie am Ellbogen und an den Knien ganz plötzlich ab, und die oberflächlichen Epidermislamellen stoßen sich ab. Der Juckreiz wird gering, Bläschen werden kaum mehr beobachtet, und der rechte Knöchel bekommt seine Konturen deutlich zurück.

Digitized by Google

Allgemeinreaktion: Temp. 37,7° C, Kopfschmerz, Mattigkeit.

31. XII. 1928. Spalthefevollvakzine Nr. 155, 0,1 ccm i. c. (2). Sehr deutliche schmerzhafte Reaktion und auffallendes „Arbeiten" in den kranken Herden.

3. I. 1929. Spalthefevollvakzine Nr. 155, 0,1 ccm i. c. (3).

22. I. 1929. Hände glatt, Knöchel noch etwas angeschwollen.

25. I. 1929. Spalthefevollvakzine Nr. 155, 0.1 ccm i. c. (4).

29. I. 1929. Spalthefevollvakzine Nr. 184, 0.1 ccm i. c. (5).

1. II. 1929. Keine neuen Bläschen. Beide Hohlhände glatt, geschmeidig; Hautfarbe normal; Knöchelkonturen auch ganz normal, Haut noch gerötet, etwas mit Schuppen bedeckt. An der Ferse kommen noch vereinzelte Bläschen heraus (Abb. 3).

8. II. 1929. Exzision einer linsengroßen Pustel an der Außenseite der rechten Ferse hinter und unterhalb des rechten äußeren Knöchels.

11. II. 1929. Exzisionsstelle ohne jede Reaktion. In der rechten Knöchelgegend ist kein Ödem, keine Schwellung, Umrisse des Knöchels ganz normal. Die Rötung total verschwunden, die Haut nimmt die normale Farbe der Umgebung an, die ganze Fläche ist noch mit feinen kleienförmigen Schuppen bedeckt. Es sind auch keine Bläschen mehr da. Die Hohlhände sind ganz glatt, keine Bläschen, keine Schuppung, die Haut normal und geschmeidig.

Abb. 3. Zustand beider Hohlhände am 3. II. 1929 nach Verabreichung 5mal 0,1 ccm einer Spalthefevollvakzine. Hautfläche glatt geschmeidig, total abgeheilt. Keine Lokalbehandlung! (Vgl. Abb. 1)

15. III. 1929. Beide Handflächen sind unverändert, geschmeidig. Die Farbe ist auch ganz normal, keine pathologischen Erscheinungen. In der rechten Knöchelgegend ist die Haut fast ganz glatt. Die Fußsohle um die Ferse herum, die besonders mit einer dicken Hautschwarte bedeckt war, ist auch ganz glatt und geschmeidig. Man sieht bloß sehr feine, spärliche zarte Schuppen. Die ganze Knöchelpartie ist jetzt seit Wochen ohne neue Blasenbildung. Lediglich unterhalb des rechten inneren Knöchels, nahe an der Fußkante, ferner an der Insertionsstelle der Achillessehne sieht man einige flüchtige nicht über stecknadelkopfgroße Bläschen mit wasserklarem oder leicht getrübtem Inhalt. Diese Bläschen verschwinden auch jetzt ganz allein.

18. III. 1929. An der Innenseite der rechten Knöchelgegend unterhalb des Knöchels im Dreieck zwischen Achillessehne, Fersen- und innerem Fußrand sind wieder einige stecknadelstich- bis stecknadelkopfgroße subkorneale Pusteln aufgetreten, aber ohne entzündliche Erscheinungen in der Umgebung. Die Hohlhände sind ganz glatt. Am rechten Thenar traten wieder einige stecknadelkopfgroße subkorneale Pusteln auf, aber sie sind innerhalb 24 Std. spurlos wieder verschwunden. Früher war das nicht der Fall; nicht nur daß die Bläschen spontan nie zurückgegangen sind, sondern es traten immer mehr auf.

Bei diesen neu auftretenden Pusteln ist bemerkenswert, daß der sonst sehr starke Juckreiz auf einen kaum merklichen Grad zurückgegangen ist. Subjektiv bestand früher

Digitized by Google

ein sehr starkes Brennen und Jucken, wenn Pat. mit den erkrankten Hautflächen ins Wasser kam. Das ist jetzt auch nicht mehr der Fall.

I. Prüfung der Allergie mit 1. Spalthefevollvakzine Nr. 155; 2. Cryptococcus Malassez Nr. 426; 3. Kontrolle NaCl.

19. III. 1929. Etwa 5 Std. nach der i. c. Injektion setzte ein heftiger Schüttelfrost ein, der etwa 1 Std. angehalten hat. Anschließend traten sehr heftige Kopfschmerzen auf, die etwa 24 Std. angehalten haben.

Intrakutanprobe nach 24 Std. 1. Spalthefevollvakzine Nr. 155: 7 × 7 cm tiefdunkelroter Hof, 3 mm weißer anämischer Ring herum, 10 mm harte Papel mit einer hirsekorngroßen Pustel. 2. Cryptococcus Malassez Nr. 426: 2,5 × 3,0 kaum sichtbarer blaßrosa Hof, 3 mm Papel. 3. Kontrolle negativ (Abb. 4).

Intrakutanprobe nach 3 × 24 Std.; 1. Spalthefevollvakzine Nr. 155: Hof etwas abgeblaßt, Papel an Härte und Umfang (20 mm) zugenommen, 6 mm große Pustel. 2. Cryptococcus Malassez Nr. 426: vollständig verstrichen. Subjektiv bestand außerordentliche Schmerzhaftigkeit.

25. III. 1929. Nach der letzten Intrakutanprobe (18. III.) sind keine neuen Bläschen weder in der Hohlhand noch in der Knöchelgegend zum Vorschein gekommen. Im Gegenteil sind die subkornealen Bläschen, wenn sie noch hier und da vereinzelt aufgetreten sind, ohne aufzubrechen, wieder vollständig verschwunden.

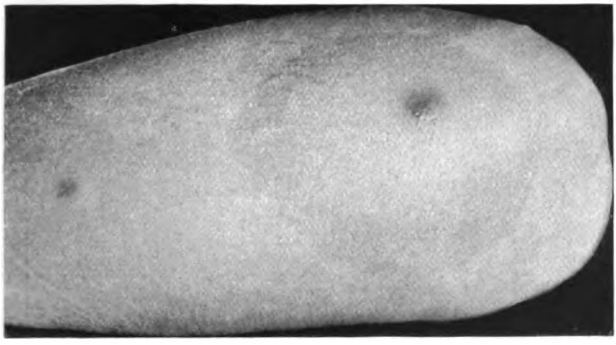


Abb. 4. Ergebnis der Allergieprüfung am linken Unterarm mit einem heterologen Spalthefe- und Kryptokokkenallergen nach 24 Stunden. 1. Schizos. homin. Nr. 155 (der große Fleck am Ellbogen): 7 × 7 cm tief dunkelroter, heißer, infiltrierter Hof, 3 mm weißer, anämischer Ring, 10 mm Papel mit einer hirsekorngroßen Pustel. 2. Cryptococcus Malassez Nr. 426 (links): 5 × 3 cm kaum sichtbarer, blaßrosaroter Hof, 3 mm Papel

II. Intrakutanprobe. Je 0,1 ccm am rechten Unterarm; in der Mitte: Spalthefevollvakzine Nr. 184 (der homologe Spalthefestamm), am Ellbogen: Hefe Nr. 184/III und Serum: Kontrolle: NaCl.

26. III. 1929. II. Intrakutanprobe nach 24 Std.: Rechter Unterarm Mitte: 1. Spalthefevollvakzine Nr. 184: 5 × 5 cm heißroter, infiltrierter Hof, 5 mm anämischer Ring, 3 mm Papel. 2. Am Ellbogen Hefe Nr. 184/III: Stichreaktion. 3. Kontrolle negativ (Abb. 5).

25. IV. 1929. Die Handflächen sind ganz glatt. An der Fußsohle und Ferse hat sich die Haut völlig abgestoßen, keine Bläschen zu sehen, Haut auch hier glatt und geschmeidig.

19. IX. 1929. Beide Hände und Fußsohle glatt, ohne irgend welche pathologische Erscheinungen. Seit Anfang April 1929 — also seit fast einem halben Jahr! — ein Rezidiv. Auch während des sehr heißen Sommers 1929 und trotz ausgedehnter häuslicher Arbeiten (z. B. große Wäsche) blieben sämtliche Herde abgeheilt.

Überblicken wir den zweiten Abschnitt unserer Krankheitsgeschichte, eine relativ kurze Zeitspanne von drei Monaten in einer langen

Digitized by Google

Krankheitsdauer von drei Jahren umfaßt, so sticht daraus als prägnantes Moment die unzweifelhaft spezifische Wirkung einer Spalthefevollvakzine mit durchschlagendem und dauerhaftem Erfolg hervor. Was eine Therapie von Salben, wiederholten Röntgenbestrahlungen und von insgesamt 42 (!) teils subkutanen, teils intrakutanen Injektionen einer gewöhnlichen Kryptokokkenvakzine im Verlauf von $2^1/_2$ Jahren nicht schaffen konnte, das haben wir innerhalb 4 Wochen mit $5 \times 0{,}1$ ccm i. c. Injektionen von einer Spalthefevollvakzine erreicht!

Bezüglich der Mykologie des Falles, der Ergebnisse der histologischen Untersuchung, möchten wir uns ganz kurz fassen. Ebenso haben wir keine Absicht, hier auf die ätiologisch-pathogenetische Erörterung des Fragenkomplexes näher einzugehen. Einesteils weil der eine von uns (B.) die Ergebnisse seiner Untersuchungen an einem größeren Material vor kurzem in dieser Wochenschrift niedergelegt hat, anderenteils weil er sich vorbehält, im geeigneten Zeitpunkte auf diesen ätiologisch und pathogenetisch so hochwichtigen Fragenkomplex unter voller Berücksichtigung der Literatur zurückzukommen.

Abb. 5. Ergebnis der Allergieprüfung am rechten Unterarm mit dem homologen Hefe- und Spalthefeallergen nach 24 Stunden. 1. Kryptokokkus Nr. 184/III (der aus Schuppen gezüchtete Stamm) (rechts): Stichreaktion. 2. Schizos. homin. Nr. 184: 5×5 cm heiß-roter, infiltrierter Hof, 5 mm weißer anämischer Ring, 5 mm Papel (links).

Wie wir bereits im ersten Abschnitt unserer Krankheitsgeschichte erwähnt haben, sind daselbst 6mal (24. II., 2. IV., 21. VI., 26. VII. 1927; 3. III., 8. XI. 1928) durch den einen von uns (B.) sorgfältigste mikroskopische und kulturelle Untersuchungen der Effloreszenzen — Bläscheninhalt, Bläschendeckel, Schuppen — ausgeführt worden, ferner ist das Blut kulturell jedesmal mit untersucht worden.

Das Ergebnis der kulturellen Blutuntersuchung war in diesem Falle stets negativ.

Mit ganz besonderer Sorgfalt sind die Bläschendeckel mikroskopisch in 20% KOH und kulturell auf Sabourauds Glukose- und Maltoseagar bei 18°C und bei 27°C untersucht worden. An den Bläschendeckeln — sowohl von Palmae als auch von der Planta und von den übrigen Herden — konnte mikroskopisch an unzähligen Partikelchen niemals irgend ein Myzelstückchen gefunden werden; kulturell blieb die

Digitized by Google

große Anzahl beschickter Nährböden jeder Gattung (jedesmal sind 5 bis 10 Röhrchen von jedem Nährboden verwendet worden!) ständig steril.

Die noch reichlicher zur Verfügung stehenden Schuppen von Hohlhand und Fußsohle zeigten ebenfalls weder mikroskopisch noch kulturell bei der gleichen Technik irgend welche Pilze oder Pilzelemente.

Der Blaseninhalt ist mikroskopisch im mit Methylenblau gefärbten Ausstrich jedesmal an einer großen Anzahl von Präparaten (20 bis 30 Objektträgerausstriche!) untersucht worden. Außer Epithelzellen, Leukozyten, Fibrinmassen waren keinerlei Mikroorganismen auffindbar, bis es anläßlich einer neuerlichen, eruptiv auftretenden subkornealen Bläschenaussaat (14. XII. 1928) gelang, in einem Ausstrichpräparat des Blaseninhaltes von den Hohlhänden zerstreut einige stäbchenförmige Spalthefeexemplare zu finden.

Es glückte schließlich auch an diesem Tage, bei diesem ganz frischen Schub von sagokornähnlichen Bläschen, Blaseninhalt in etwas reichlicherem Maße auf Sabourauds Glukose- und Maltoseagar und auf den 8%igen Glukoseagar von Benedek zu verimpfen. Nach etwa 8 Tagen erschienen in einem Röhrchen von den Hohlhänden, in zwei anderen von der Fußaffektion — aber ausschließlich nur auf dem 8%igen Glukoseagar — 2—3 kleine, kaum linsengroße, trockene, lehmig-bröcklige, gelblich-braune, flache, kümmerlich vegetierende Kolonien. Die Nährböden von Sabouraud blieben steril. Schon nach dem makroskopischen Aussehen der kleinen Kolonien bestand kein Zweifel, daß es sich hier um Spalthefe handelt, und zwar um den „Bluttyp" derselben. Die mikroskopische Untersuchung bestätigte diese Annahme.

Dieser kulturelle Befund muß einem außergewöhnlich günstigen Zufall verdankt werden, weil die Spalthefe im „Bluttyp" bei Anzüchtung auf Glukoseagar, i. e. auf festem Nährboden überhaupt — so gut wie nie — angeht.

Jedoch bildete dieser Befund den Wendepunkt in der Geschichte eines bereits seit Jahren andauernden Krankheitszustandes, der die Patientin nicht nur arbeitsunfähig machte — sie konnte keinerlei Hausarbeit verrichten —, sondern auch in der Gehfähigkeit in hohem Maße, infolge der großen Schmerzen an Ferse und Fußsohle, behinderte.

Die sofort eingeleitete Therapie mit i. c. Injektionen von einer Spalthefevollvakzine führte einen geradezu erstaunlichen Heilerfolg herbei (s. Krankheitsgeschichte). Zunächst ist eine heterologe Vakzine verwendet worden, da das Wachstum des homologen Spalthefestammes vom Bluttyp auf festem Nährboden außerordentlich spärlich und langsam war und wir die Therapie unnützerweise nicht aufschieben wollten. Wie es sich später herausstellte, wirkte die homologe Spalthefevakzine bedeutend schwächer, was uns ganz besonders bemerkenswert erscheint.

Ganz absichtlich haben wir die kombinierte Prüfung der Allergie der Haut der Patientin in bezug auf artverwandte Hefen im Verhältnis zur Spalthefe für einen späteren Zeitpunkt aufgespart, um die klare Beurteilung der Wirksamkeit der Spalthefevollvakzine in keiner Weise zu stören. So haben wir die kombinierte Prüfung der Allergie erst nach der Verabreichung von 5 i. c. Injektionen einer Spalthefevollvakzine an-

Digitized by Google

gestellt, nachdem die Affektion bereits abgeheilt war[1]). Das Resultat zeigen naturtreu die Abb. 4 und 5. Im ersten Falle haben wir 1. eine heterologe Spalthefevollvakzine Nr. 155 (der eigentliche Therapiestamm), 2. als Typ eines heterologen Kryptokokkus den Kryptokokkus von Malanez Nr. 426 verwendet; im zweiten Falle: 1. die homologe Spalthefevollvakzine Nr. 184 und 2. denjenigen Kryptokokkus Nr. 184/III, der in der allerersten Kulturserie aus Schuppen gezüchtet worden ist. Als Kontrolle diente in beiden Fällen NaCl-Lösung. Die Reaktionen bei den Kryptokokken waren gegenüber denen der Spalthefevakzine negativ.

Nun kommen wir zur Erörterung der wichtigsten Frage der Spezifität. Zunächst können wir feststellen, daß der Schizos. hominis im vorliegenden Falle aus geschlossenen Effloreszenzen — aus sagokornähnlichen, subkornealen Bläschen —, und zwar in der allergischen Form desselben, im „Bluttyp" mikroskopisch, im Ausstrichpräparat in vegetativen Formen nachgewiesen und kulturell gezüchtet worden ist, ohne je in öfters wiederholten, zeitlich auseinanderliegenden, sehr umfangreichen Kulturserien irgend einen anderen wie immer gearteten Pilz aus geschlossenen Effloreszenzen gezüchtet zu haben. Der Kryptokokkus Nr. 184/III ist in der ersten Serie aus Schuppen gezüchtet worden und war der Stamm für die „Hefevakzine", die vollständig wirkungslos blieb. Durch eine Spalthefevollvakzine als Allergen — und ausschließlich nur durch diese — konnte eine heftige Lokal-, Herd- und Allgemeinreaktion ausgelöst werden. Dieselbe Spalthefevollvakzine — und allein diese — führte auch nach einigen wenigen Injektionen eine prompte Heilung der Affektion der Hände und der Fußsohle, sowie der übrigen Lokalisationen ohne jede Lokalbehandlung endgültig herbei, nachdem sie fast drei lange Jahre jeder äußeren Lokaltherapie (Salben, Röntgen), sowie einer sehr ausgiebigen gewöhnlichen Hefevakzinetherapie trotzte.

Bezüglich des Ergebnisses der an mehrere, subkorneale Bläschen enthaltendem Exzisionsstückchen der Fersengegend durchgeführten histologischen Untersuchung möchten wir uns hier nur auf die Feststellung beschränken, daß die subkornealen Bläschen in sehr zahlreichen Serienschnitten mit dem Schweißdrüsenapparat gar keine Zusammenhänge zeigten.

Zusammenfassung

In der vorliegenden Arbeit wird die Krankheitsgeschichte einer Patientin mitgeteilt, die fast drei volle Jahre an einer „echten", „amykotischen" Dyshidrosis beider Hohlhände und der rechten Fußsohle einschließlich der Fersen- und Knöchelgegend litt. Außerdem waren noch

[1]) Hier könnte leicht der Einwand gemacht werden, daß der Ausfall der Allergie bezüglich der Spalthefe durch die voraufgegangenen fünf i. c. Injektionen verschleiert worden ist, indem die Haut für die Spalthefeallergen etwa „sensibilisiert" worden ist. Dem ist nicht so. Die Reaktion auf die erste i. c. Injektion mit Spalthefeallergen (28. XII. 1928) ist auch nicht schwächer ausgefallen als bei der kombinierten Prüfung. Ferner ist sehr zu beachten, daß dieselbe Haut nicht einmal durch die voraufgegangenen 42 (!) Injektionen einer Kryptokokkenvakzine für die letztere hat sich „sensibilisieren" lassen.

Digitized by Google

der rechte Ellbogen und beide Knie befallen. Die Affektion konnte therapeutisch im Verlauf von $2^1/_2$ Jahren weder durch eine große Anzahl der verschiedensten antiekzematösen bzw. antiparasitären Salben, noch durch wiederholte Oberflächenröntgentherapie, noch durch eine gewöhnliche Kryptokokkenvakzinekur im mindesten beeinflußt werden. Nachdem der Nachweis des Schizos. homin. in geschlossenen, subkornealen Bläschenefloreszenzen mikroskopisch im Ausstrichpräparat und auch kulturell gelang, war der Weg für die einzuschlagende Therapie gewiesen. Die Affektion ist daraufhin durch intrakutane Injektionen einer Spalthefevollvakzine innerhalb vier Wochen geheilt worden.

Fragen der Röntgendosierung

Von

San.-Rat Dr. Göbl in Nürnberg

In Nr. 40 (Bd. 89) dieser Zeitschrift veröffentlichte Stern-Düsseldorf eine Arbeit, die nachweisen soll, daß bei Bestimmung der Erythemdosis nach Sabouraud-Noiré durch den verschiedenen Feuchtigkeitsgehalt der Luft erhebliche Differenzen in der Dosierung der Röntgenstrahlen sich ergeben können, und schließt mit den Worten: „. . . möge sich immer wieder die Tatsache vor Augen halten, daß die genaue Dosierung kleiner unschädlicher Mengen von Röntgenstrahlen keineswegs so gesichert ist, daß Schädigungen absolut ausgeschlossen sind, wenn ein an sich gutes Dosierungsverfahren, wie die Anwendung von Sabouraud-Noiré-Tabletten, von so unberechenbaren Faktoren beeinflußt wird, wie die Feuchtigkeit der Luft, die von Wetter, Art und Betrieb der Heizung und anderen Momenten abhängig ist". Aus dieser Überzeugung heraus kann auch Stern nicht zugeben, daß die Angaben einzelner Kliniken, sie hätten niemals Röntgenschädigungen erlebt, Anspruch auf Allgemeingültigkeit erheben können.

Daß durch richtige Dosierung jede Schädigung vermieden werden kann, ist selbstverständlich, so daß die eigentliche Frage die ist: wie dosiere ich richtig? Bevor es Dosismesser gab, erfolgte die Dosierung auf biologischem Wege durch Probebestrahlungen und späteres Einhalten genau der gleichen Technik.

Ich selbst machte meine erste Bestrahlung Weihnachten 1896 bei einem Lupus mit 30-cm-Induktor, Hammerunterbrechung und faustgroßer Röhre mit dünner Platinblechantikathode, nebenbei bemerkt mit einem Erfolge, der mit den später konstruierten Röhren nicht mehr zu erzielen war. Nach ungefähr 4 Jahren hatte ich dank der dann konstruierten, nicht mehr so leicht weich werdenden Röhren es dahin gebracht, daß eine unerwünschte Reaktion nicht mehr auftrat. Ich bestrahlte mit 7 Wehnelt Stärke (später gemessen) und 1 Milliampere, die durch genaue Beobachtungen der Lichterscheinungen der Röhre, später bei der Glimmer- und Kohleregulierung durch Einhalten der stets gleichen Funkenstrecke von 5 cm an der Röhre — auch heute noch die beste Kontrolle — kontrolliert wurden. Dazu, wie bereits erwähnt, anfangs Hammerunterbrecher, dann

Digitized by Google

Quecksilberstiftunterbrecher, hierauf mit Wehnelt- und in den letzten 10 Jahren mit Simonunterbrecher. Erst seit 3 Jahren arbeite ich bei Hauttherapie mit Coolidgeröhren und rotierendem Gleichrichter, der auch für Tiefentherapie geeignet ist. Der Übergang zur Tiefentherapie unter Verwendung von Induktor und Wehneltunterbrecher verlief bei mir ohne Schädigungen, da ich schon bei der von mir 1906 erstmals ausgeführten (im Zbl. f. Gyn., 1906, Nr. 43 veröffentlichten) Sterilisation große Felder und über 10 Wehnelt harte Strahlen verwendete. Hätten die Nachprüfer von ALBERS-SCHÖNBERG an, nicht mit weichen Strahlen gearbeitet, dann wären nicht 10 Jahre vergangen, bis sich die Sterilisation durch Röntgenstrahlen eingebürgert hätte. Ich suchte mich selbstverständlich durch Messungen zu sichern und habe deshalb von Holzknecht angefangen bis zum Iontoquantimeter alle Dosismesser verwendet. Das einzige Resultat war immer wieder, daß das von mir verabfolgte Strahlenquantum das richtige war.

Als bequemsten und sichersten Dosismesser habe ich dazwischen immer wieder Sabouraud-Noiré verwendet und stets gefunden, daß ich Teinte B bei meiner Wirkungsdosis erzielte. Wie selten ich probierte, geht daraus hervor, daß ich seit 25 Jahren nur ungefähr 50 Tabletten (jede nur einmal) verbraucht habe.

Es ist deshalb begreiflich, daß ich STERNS Mitteilung mit größtem Interesse las, da sie meiner Erfahrung widersprach.

Leider sind die Versuche nicht so genau geschildert, daß man sie nachprüfen könnte. Gearbeitet wurde scheinbar nur mit Ionenröhren, teilweise mit selbsthärtenden. Oder waren sie durch das Alter hart geworden? Wurde direkt oder unter Filter gemessen? Wie weit war die Tablette von der Röhre entfernt? In welchem Sektor? War die Röhre (Ionenröhren werden ziemlich heiß) jedesmal völlig abgekühlt oder wurde die Tablette wohl das eine Mal bei kühler, das andere Mal bei schon heißer Röhre angebracht? Auch noch anderes mehr wäre zu fragen, um ein klares, auch für den Fernstehenden verständliches Bild zu erhalten.

Ist doch bei der Prüfung von Ionen- noch mehr als bei Elektronenröhren mancherlei zu beachten. Schon über den Begriff Erythemdosis muß bei den verschiedenen Untersuchern vorher Einigkeit bestehen.

Eine Erythemdosis, d. h. das Auftreten eines Erythems bei der Teinte B ergebenden Röntgenstrahlenmenge ist nur bei einer Röhrenhärte von 6 Wehnelt vorhanden, d. h. wenn die Tablette Teinte B erreicht hat, sind soviele Strahlen gegeben, daß auf der Haut ein Erythem entsteht. Schon bei 7 Wehnelt entspricht Teinte B einer Wirkungsdosis ohne Erythem, bei 8 Wehnelt und Teinte B ist die Wirkungsdosis — geeignet für alle tieferen Hautprozesse — noch weiter von der Erythemdosis entfernt.

Das aus der ersten Zeit der Röntgenbehandlung stammende Wort Erythemdosis ist also hier durch Wirkungsdosis zu ersetzen.

Das oben Angeführte ist schon seit Einführung der SABOURAUD-NOIRÉ-Tablette bekannt, ebenso die Tatsache, daß Wärme eine raschere Bräunung und Belichtung eine raschere Entfärbung herbeiführt. Es ist deshalb nötig, daß die SABOURAUD-NOIRÉ-Tablette lichtdicht eingehüllt auf Blei mindestens 3 cm (je nach dem Röhrendurchmesser) von der Röhrenwand entfernt auf dem Tisch liegt. So ist die Tablette vor Licht und Wärme

Digitized by Google

die entlang der Röhre nach aufwärts zieht, geschützt. Seitliche Anbringung der Tablette muß ein falsches Resultat bringen, da dann der warme Luftstrom an ihr vorbeizieht.

Nach meiner Erfahrung liefert jede Röhre bei gleichem Durchbruchswiderstand — parallele Funkenstrecke — und bei gleicher Stromstärke (Amperezahl) am gleichen Apparat gleiche Röntgenstrahlen in bezug auf Menge und Qualität, die nur etwas variieren infolge der Eigenstrahlung der Antikathode (Platin, Aluminium, Kupfer, Eisen, Wolfram) und der verschiedenen Dicke der Glaswand. Tatsächlich sind die Unterschiede nicht so groß, daß daraus irgend welche Gefahren entstehen könnten.

Bei einer neuen Röhre ist daher eine kurze Orientierung mit Sabouraud-Noiré angezeigt, während der ganzen Lebensdauer der Röhre aber nicht mehr nötig, da jede erhebliche, eventuell gefährliche Veränderung durch einen anderen Ausschlag am Ampere- oder Voltmeter sowie am Milliamperemeter und der Funkenstrecke sich geltend macht.

Mit einer solchen vor 2 Jahren letztmals titrierten und seit dieser Zeit ohne weitere Probebestrahlung benutzten Röhre (Coolidge-Glühkathodenröhre Phönix) machte ich zwei gleichheitlich ausfallende Versuche zur Nachprüfung der STERNschen Angaben.

Obwohl ich mit absoluter Sicherheit auch noch nach Jahren die gleiche Oberflächendosis bei der Art meines Betriebes reproduzieren kann, hielt ich es für richtiger, eine feuchte und eine trockene Tablette gleichzeitig zu bestrahlen.

In zwei weiten Reagenzgläsern brachte ich Halter an, auf denen liegend die Tabletten $^1/_2$ cm von der Öffnung entfernt waren. Das eine Reagenzglas wurde 5 cm hoch mit Chlorkalzium, das andere ebenso hoch mit Wasser beschickt, die Tablette eingelegt und beide Röhrchen mit festanliegenden Kondomfingerlingen geschlossen. Nach 48 Stunden bestrahlte ich aus 2 — im ganzen also aus $2^1/_2$ — cm Entfernung beide Röhrchen. Dieselben waren schräg aneinandergelehnt mit der Achse zum Brennpunkt. Verwendet wurde oben geschilderte Röhre bei einem Strom von 2 mA, 8 cm Spitze — Spitze am Apparat, was einer Funkenstrecke von 5 cm an der Röhre entspricht und eine Härte von 7 Wehnelt ergibt, 9 Minuten lang, in welcher Zeit ich immer die Wirkungsdosis erzielte. Da bei dieser Anordnung jegliche Wärmewirkung und auch jede Streustrahlenzusatzdosis wegfällt, sind bei gleichzeitiger Bestrahlung alle Fehlerquellen ausgeschaltet. Das Resultat war folgendes: die im feuchten Raum befindliche Tablette ergab genau Teinte B, die Tablette der Trockenkammer eine Kleinigkeit darüber, die ich auf ungefähr 5 % schätze. Es ergibt sich daraus, daß die SABOURAUD-NOIRÉ-Tabletten bei der früher angegebenen Art der Belichtung völlig den Ansprüchen des Praktikers für die Feststellung der Wirkungsdosis genügen, aber nur bei 7—8 Wehnelt Härte. Die Wirkungsdosis davon abweichender Härtegrade kann leicht mit einem Verfahren bestimmt werden, das ich am Schluß bringen will.

Zuvor möchte ich mich noch mit einigen nebenbei geäußerten Bemerkungen der STERNschen Arbeit beschäftigen.

STERN schreibt: „Nun schützt in der Dermatologie die von mir und anderen grundsätzlich angewandte Filtrierung der Röntgenstrahlen, wodurch die weichen, die Haut besonders schädigenden Strahlen ganz oder

Digitized by Google

zum Teil ausgeschaltet werden." Dazu ist zu bemerken, daß doch nur die wirklich absorbierten Strahlen eine Wirkung haben können, daß also von harten Strahlen, da ein großer Teil nicht absorbiert wird, bedeutend mehr gegeben werden muß als von den angeblich schädlichen weichen Strahlen. Schon bei 8 Wehnelt harten Strahlen werden in der Haut bis $1^1/_2$ cm Tiefe nur 9% absorbiert. Auf die Prozentverhältnisse bei verschiedener Härte bis zu $^1/_2$ cm Zinkfilterung und 30—40 cm Funkenlänge (220 KV eff.) einzugehen, würde hier zu weit führen.

Die weichen Strahlen sind nicht schädlich, sondern nützlich, wenn sie eben nur in der der Wirkung entsprechenden Menge verabfolgt werden. Die in der Gynäkologie nötigen harten Strahlen sind für den Dermatologen absolut überflüssig, da sie ja nur das unterliegende Gewebe nutzloserweise mittreffen. Außerdem wird die Bestrahlungszeit unnötigerweise verlängert. Wer der Ansicht ist, daß weiche Strahlen für die Haut schädlich sind, dürfte konsequenterweise Buckystrahlen überhaupt nicht anwenden. Ich habe den Irrweg, Hauterkrankungen mit gefilterten Strahlen anzugehen, nie eingeschlagen, sondern seit jetzt 32 Jahren diese immer unfiltriert bestrahlt.

Dabei waren die Erfolge (besonders mit Rücksicht auf Rezidive) bei der Benutzung von Ionenröhren in Verbindung mit Induktor und Simonunterbrecher besser als jetzt, seit ich mit Coolidgeröhre arbeite. Es kommt das daher, daß das Strahlengemisch bei einer so betriebenen Ionenröhre — schon bei Verwendung des Quecksilbergleichrichters des Wechselstromes ist die Mischung nicht mehr so günstig — nur beim Durchbruch etwas harte Strahlen enthält, dann ein großes Quantum mittelharter (z. B. 7 Wehnelt) und ein ziemliches Quantum sehr weicher Strahlen. Gerade letztere fallen bei der Elektronenröhre weg.

Weiter schreibt Stern: „Auch in der Dermatologie kommt gerade neuerdings die Tiefentherapie mehr und mehr in Aufnahme, eine Therapie, bei der wir bewußt über die Erythemdosis hinausgehen." Dieser Satz soll wohl sagen, daß mit zunehmender Härte und Filterung Teinte B nicht mehr der biologischen Wirkung gleichzusetzen ist, wie es bei der 7-Wehnelt-Strahlung der Fall ist. Tatsächlich sind für eine Wirkung auf die Haut drei sogenannte Erythemdosen der Sabouraud-Noiré-Tabletten (Teinte B) nötig, wenn mit $^1/_2$ mm Zink gefilterte Strahlen von 32 cm Funkenlänge verwendet werden. Die hierfür benötigte Zeit bei 25 cm Hautfokus beträgt 30 Minuten bei 3 mA, wie man sieht, eine riesige Verschwendung an Zeit, Strom, Abnutzung der Röhre, abgesehen von der absolut überflüssigen — gering gesagt — Belästigung des unterliegenden Gewebes, der Gefahr von Knochennekrosen, wo Knochen nicht tiefer unter der Haut liegen. Auch diese ebengenannte Dosis mit gefilterten Strahlen könnte mit den neuesten Röhren fast um die Hälfte durch Erhöhung der Milliamperezahl abgekürzt werden. Doch ist es fraglich, ob es von Nutzen wäre. Wenigstens ist meine Erfahrung die, daß bei längerer Bestrahlungszeit, wenn bei geringer Stromstärke (höchstens 2 mA) die Strahlen nur Schlag auf Schlag auftreffen, was besonders gut mit dem Wehnelt- oder Simonunterbrecher eingestellt werden kann, die Erfolge bessere sind bzw. waren, als wenn rasch folgende Unterbrechungen oder gar fast völliger Gleichstrom (Kondensatorapparate) mit großer Stromstärke, also in sehr

Digitized by Google

kurzer Zeit das Gewebe treffen. Zu bedenken ist dabei, daß wohl bei Elektronenröhren auch bei hoher Milliamperezahl, also bei hoher Stromstärke, der Betrieb ziemlich konstant erhalten werden kann, dagegen bei Ionenröhren zum Konstanterhalten eine ziemliche Geschicklichkeit nötig ist. Ein Teil der großen Differenzen bei den zu verschiedenen Zeiten gemachten Versuchen dürfte wohl daraus entstanden sein. Bei geringerer Stromstärke und dadurch verlängerter Bestrahlungszeit werden die Differenzen sicherlich geringer.

Zum Schluß möchte ich kurz eine Methode angeben, wie der Praktiker für sämtliche Härten (angefangen von der Buckystrahlung bis zu härtesten Strahlen) mit ziemlicher Sicherheit sich die Erythem- resp. Wirkungsdosis feststellen kann. Er benötigt nur glattes Bromsilberpapier, lichtdicht verpackt, und eine Röhre, die biologisch oder einmal durch Sabouraud-Noiré bei 7 Wehnelt geeicht wurde (7 Wehnelt entspricht 0,7 Halbwertschicht in Wasser, oder 5 mm Al Halbwertschicht oder 0,32 Angström). Da das Bromsilberpapier nur die Oberflächendosis mißt, also die Menge von Röntgenstrahlen, welche an der Oberfläche absorbiert werden, diese Menge aber bei verschiedenster Strahlung gleich sein muß, um die gleiche Färbung bei verschieden durchdringenden Strahlen zu erzeugen, kann das Bromsilberpapier für alle Härten verwendet werden.

Gibt nun z. B. eine Röhre von 7 Wehnelt in 10 Minuten Teinte B, resp. ein leichtes Erythem, dann bestrahlt man einen schmalen Streifen des Papieres, während der andere Teil mit Blei verdeckt ist, in 4 Teilen je $2^1/_2$ Minuten. Dabei sind während der ersten $2^1/_2$ Minuten 3 Teile mit Blei bedeckt, während der zweiten $2^1/_2$ Minuten bleibt auch der nächste Teil unbedeckt, hierauf bestrahlt man weitere $2^1/_2$ Minuten, wobei auch der dritte Teil unbedeckt bleibt. Bei den letzten $2^1/_2$ Minuten bleibt der ganze Streifen frei. Es hat also der erste Teil $^4/_4$, der zweite $^3/_4$, der dritte $^2/_4 = ^1/_2$ und der vierte $^1/_4$ der Erythemdosis erhalten. Nun bedeckt man diesen Streifen mit Blei und bestrahlt in ähnlicher Weise mit einer beliebig weichen oder harten oder mit Filter versehenen Röhre den anderen Teil des Bromsilberpapieres unter Bedingungen, wie sie dann auch später eingehalten werden müssen. Nach Entwicklung des Papieres, Fixierung und Trocknung können die Farbtöne verglichen und damit die Wirkungsdosis für die Oberfläche bestimmt werden. Die Bestrahlung des Vergleichstückes kann auch von anderer Seite, z. B. einem Röntgeninstitut, das seine Röhren genau kennt, vorgenommen werden und an den Ort, wo die neue Röhre ausprobiert werden soll, verschickt werden.

Die Fehlerquelle der Kienböckstreifen (evtl. verschiedene Empfindlichkeit der Streifen, nicht völlig genaue Konzentration oder Wärme der Entwicklerlösung, auch oft kleine Verschiedenheiten der Zeit der Entwicklung) fallen weg. Daß diese stark ins Gewicht fallen, haben frühere Untersuchungen ergeben.

Auch für die Praxis völlig genügende Tiefenbestimmungen, die mit den Angaben des Iontoquantimeters übereinstimmen, lassen sich nach diesem Verfahren nach meinen Versuchen anstellen.

Für den Praktiker genügt also auch heute noch die Bestimmung der Wirkungsdosis mit der Sabouraud-Noiré-Pastille, wenn er eben nur die Strahlenhärte von 6 bis höchstens 8 Wehnelt bei seiner Therapie verwendet.

Digitized by Google

Und das um so mehr, weil ein Überschreiten der durch die Pastille gemessenen Zeit um 10% unschädlich ist, da ja die Messung in halber Hautfokusentfernung stattfindet und ein Teil der dort auftreffenden und mit gemessenen weichsten Strahlen nicht bis zur Haut vordringt. Sollen andere Strahlenhärten benutzt werden, so kann nach dem von mir angegebenen Verfahren mit ziemlicher Annäherung die Wirkungsdosis festgestellt werden, so daß Schädigungen mit Sicherheit vermieden werden können. Dies besonders dann, wenn der Dermatologe seinen Apparat selbst bedient, wie ich es stets für meine Pflicht gehalten habe.

Schlußwort zu vorstehender Arbeit

Von

Prof. Dr. Stern in Düsseldorf

In der von dem geehrten Herrn Kollegen Görl angeführten Arbeit in Nr. 40 (Bd. 89) dieser Zeitschrift habe ich auf Grund jahrelanger Beobachtungen und immer wiederholter Versuche darauf hingewiesen, daß die Anwendung der Sabouraud-Noiré-Tabletten von unberechenbaren Faktoren beeinflußt wird. Diesen Beobachtungen und Versuchen stellt der Autor einen Versuch gegenüber, von dem aber nicht ersichtlich ist, ob hierbei die von mir betonten Witterungseinflüsse beachtet sind. Genau betrachtet bestätigt aber auch dieser eine Versuch die Richtigkeit der von mir geäußerten Grundanschauungen. Das Resultat des Görlschen Versuchs war: die im feuchten Raum befindliche Tablette ergab genau Teint B, die Tablette der Trockenkammer eine Kleinigkeit darüber, die der Autor auf „ungefähr 5% schätzt". Der Verfasser wird mir nicht übelnehmen, wenn ich die Vermutung ausspreche, daß bei Fortsetzung der Versuche unter Beachtung der Witterungsverhältnisse die Ergebnisse sich anders gestalten werden, zumal „Schätzungen" bekanntlich sehr subjektiv sind. Es war nicht meine Absicht, bei meiner Arbeit die ganze Dosierungsfrage aufzurollen, zu der die Mitteilungen des geschätzten Kollegen einen sehr wichtigen Beitrag liefern. Man wird aber bei der Würdigung der ganzen Frage vor allem den Schlußsatz obiger Arbeit beachten müssen, wo der Autor betont, er habe es stets für seine Pflicht gehalten, wenn der Dermatologe seinen Apparat selbst bedient. Selbstredend bekommt ein Fachmann, wie der Autor, in über 30jährigen Erfahrungen mit seinen stets von ihm selbst bedienten Apparaten eine erheblich größere Erfahrung in der Dosierung als ein jüngerer Kollege, der sich einen Röntgenapparat anschafft und im Vertrauen auf die angebliche Sicherheit der Dosierung mittels Sabouraud-Noiré-Tabletten die Bedienung seinem mehr oder minder angelernten Hilfspersonal überläßt. Darauf hinzuweisen war der Hauptzweck meiner Arbeit. Daß ich nicht so ganz unrecht mit meinem Hinweis zur Vorsicht hatte, beweisen mir eine Reihe von Zuschriften beachtlicher Fachärzte, ganz abgesehen von den immer wieder die Gerichte beschäftigenden Prozessen über Röntgenschädigungen.

Versammlungen

Dermatologische Gesellschaft Hamburg-Altona und Norwestdeutsche Dermatologen-Vereinigung

Hamburg, den 23. November 1929

Vorsitzender: Mulzer Schriftführer: Bruck

Wichmann-Hamburg: Ergebnisse der Diätbehandlung der Hauttuberkulose.

Von 13 Kranken, Lupus, Haut- und Schleimhauttuberkulose (seit 1926 beobachtet), zeigten 9 eine günstige Beeinflussung. In 2 Fällen war sie hervorragend, restlose Beseitigung der Lupusknötchen gelang in keinem Falle. Die Methode darf als

Digitized by Google

relative Immunisierung angesprochen werden, sie leistet mehr als die übliche kalorienreiche Krankenhaus- bzw. Heilstättenkost. Die Nachbesichtigung nach 3 Jahren zeigte, daß von 8 der ehedem günstig durch Diät beeinflußten Fälle 4 ohne Rezidiv waren. Weitere Kontrollreihen haben ergeben, daß schon die Diät mit Phosphorlebertran, ohne Kochsalzentziehung, ohne Mineralogenbeigabe eine wesentlich günstige Beeinflussung zur Folge hat. Die Methode scheint weder eine Universalheilmethode für Tuberkulose zu sein noch in Einzelfällen eine völlige Immunisierung abzugeben.

Bommer-Gießen: Ergebnisse der Diätbehandlung von Lupus vulgaris.

Im Gegensatze zur Angabe Wichmanns, daß in Gießen gleichzeitig Lichtbehandlung angewendet wurde, ist zu sagen, daß in den ersten Monaten bei den diätbehandelten Kranken auf jede andere Behandlung verzichtet worden ist. Später hat man untersucht, inwieweit sich die bisher üblichen Behandlungsarten (also vor allem allgemeine und lokale Belichtungen) mit der Diätbehandlung vertragen. Bis heute sind noch 50% der Lupuskranken von diesen Kombinationsversuchen ausgenommen, also etwa 70, die ausschließlich mit Diät behandelt werden. Vortragender demonstriert 80 Lichtbilder von Lupuskranken, deren Krankheitsherde unter der Diät zur Abheilung kamen. Auch plane, in Narbengewebe eingestreute Lupusknötchen verschwanden. Lupusherde, die gegen Licht resistent geworden waren, heilten unter Diätbehandlung ab. Auch am elephantiastischen Unterschenkel verfallen Lupusherde der Resorption. Schon nach einigen Tagen beobachtet man Rückgang der Schwellung und blauroten Farbe des Lupusherdes. Ödem und venöse Stase, in der Umgebung des Lupusherdes, schwinden unter dem Einfluß der Kost. Nun liegen die einzelnen Lupusknötchen in abgeblaßter Umgebung, im Verlaufe von Wochen und Monaten fängt das einzelne Lupusknötchen an, unschärfer begrenzt zu werden und sich scheinbar zu verbreitern. Das Lupusknötchen zerfließt und wird schließlich resorbiert; dann bleibt eine feine weiße Narbe. Man hat sich vorzustellen, daß sich die Diät im Organismus zunächst an der Gefäß- bzw. Kapillarwand auswirkt. Ist das Gefäßsystem wieder zu normaler, physiologischer Funktion zurückgeführt, dann heilt der Lupus spontan aus. Die Beziehungen zwischen Krankheitserreger und Organismus lösen sich dann von selbst. Das tuberkulöse Infiltrat verfällt der Resorption und wird durch Narbengewebe ersetzt. In dem Maße, in welchem der Lupus unter dem Einfluß der Diät schwindet, nimmt die Neigung des Organismus, an akuten eitrigen Infektionen zu erkranken, zu. Erysipel, Impetigo contagiosa, Furunkulose werden an der Haut der diätbehandelten Lupuskranken öfter und mit größerer Häufung von Rückfällen beobachtet als vorher. Bei einer Reihe von Lungen- und Knochentuberkulosen soll die Gersonsche Diät nach Mitteilung anderer Autoren im Stich lassen. Hier dürfte es sich um mischinfizierte Tuberkulosen handeln. Dort, wo Eitererreger Wegbereiter des Tuberkelbazillus sind, dürfte die Kost nicht in dem Maße wie beim reinen Lupus zum Ziele führen. Eine fistelnde, stark sezernierende Rippentuberkulose heilte vollkommen aus, als von der Gerson-Kost zur sogenannten Wundkost von Herrmannsdorfer übergegangen wurde. Bei Behandlung mischinfizierter Tuberkulosen muß wahrscheinlich eine Diät als Heilkost verabreicht werden, welche den Eitererregern Rechnung trägt. Der Angabe Wichmanns, daß dem Kochsalzentzug keine wesentliche Rolle zukomme, wurden dem widersprechende Beobachtungen entgegengehalten. Schon nach geringer Kochsalzzufuhr wurden bei diätbehandelten Lupuskranken Zunahme und Wiederaufflackern von Entzündungserscheinungen beobachtet.

Aussprache: Bruck-Altona: Angesichts der erstaunlichen Resultate ist es erforderlich, ihren Wirkungsmechanismus zu klären, über den vorläufig Dunkel herrscht. Wirkt die Gerson-Diät durch eine Transmineralisation im Sinne von Kroetz, eine Vitaminzufuhr im Sinne von v. Bergmann, oder handelt es sich um eine Umstimmung des Säure-Basen-Gleichgewichts bzw. um die Erzielung einer der Heilung günstigen Azidose? — Vortragender berichtet über seine neueren Versuche zum Studium der potentiellen Reaktion des Blutserums und rät, diese Methode bei Tuberkulose im allgemeinen und bei diätbehandelten Tuberkulösen im besonderen anzuwenden (s. Orig., Derm. W.).

Stühmer-Münster: Es muß festgestellt werden, daß Gerson selbst nicht über genügende fachmännische Kritik gegenüber der Lupusheilung verfügt. Um so mehr müssen so hervorragende Erfolge, wie in Gießen, ernsteste Beachtung erfordern. Bommers Mitteilungen lassen keinen Zweifel, daß die Möglichkeit vorliegt, auf Hauttuberkulose vielleicht endgültig heilend einzuwirken. Eine kritische Nachprüfung

Digitized by Google

wird im Westfälischen Lupusheim durchgeführt werden, wo die Abschließung der Diätpatienten von anderen Kostformen gewährleistet ist. Es darf nicht übersehen werden, daß Lupusbehandlung nicht allein ein klinisches Problem ist, sondern Berücksichtigung sozialer und ökonomischer Tatsachen fordert. Die Behandlungsdauer von 4—5 Monaten bis zu 1½ Jahren läßt die Kosten außerordentlich ins Gewicht fallen. In der Hautklinik Münster werden zur Zeit bereits 800 Lupusfälle überwacht. Es ist mit einem Krankenbestand von etwa 2000 Lupuskranken in Westfalen zu rechnen, und man kann nicht die gesamte Lupusbekämpfung einseitig auf Diätbehandlung einstellen, sondern muß daneben auch andere Methoden weiter ausarbeiten, die ambulante Behandlung ermöglichen, z. B. die von Wucherpfennig angegebene Schlingendiathermie.

Frieboes-Rostock: Die Rostocker Klinik hat durch eine zweimal in der Woche stattfindende Höhensonnenbestrahlung nach vorheriger Trypaflavininjektion gute Resultate.

Mahlo-Hamburg berichtet über 5 Fälle von Lupus vulgaris und einen von L. erythem. mit Milzextraktbehandlung (Splenotrat). Beeinflussung nach 4—5 Wochen. Die venöse Stase verschwand, die Ödembildung ließ nach, die blaurote Verfärbung blaßte ab und es traten in den Herden kleine weißliche Flecken auf. Kleinere Herde verschwanden allmählich, während größere, vor allem im Narbengewebe liegende, wesentlich gebessert zur Zeit noch bestehen. Es scheint ein Parallelismus mit der Diätbehandlung zu bestehen. Es besteht jedoch großer zeitlicher Unterschied gegenüber der Diätbehandlung. Die Milzbehandlung zeitigt langsamere Erfolge.

Herrmannsdorfer-Berlin: Im Gegensatz zu Wichmann haben wir bei ausschließlich diätetischer Behandlung vollständige Heilungen gesehen. Auch die Dauerhaftigkeit der Ergebnisse war sehr befriedigend. Der völlige Verzicht auf Kochsalzzusatz zu den Speisen erscheint wichtig. Lang durchgeführte Vergleiche, bei denen die Diät ohne und mit Kochsalz verabreicht wurde, ergaben deutliche Unterschiede. Vor allem bei den exsudativen Formen der Tuberkulose trat bei Kochsalzzufuhr Verschlechterung ein. Wir sahen Erhöhung der Körperwärme, Beeinträchtigung des Allgemeinzustandes und des örtlichen Befundes, Zunahme des Auswurfes und der Absonderung aus Geschwüren und Fisteln. Die Frage, wie die Diät auf den Säure-Basenhaushalt wirkt, ist wiederholt erörtert worden. Kroetz und andere nehmen alkalisierende Beeinflussung an. Wenn man rein vegetarisch ernährt, unter weitgehender Verwendung von Rohkost, tritt diese Wirkung wohl ein. Unsere Ergebnisse sind aber mit einer Diät gewonnen, die anders zusammengesetzt ist. Selbstversuche von Rausch haben die Aziditätsverhältnisse des Urins bei der von mir empfohlenen Ernährungsbehandlung der Tuberkulose in Vergleich gesetzt zu den Harnbefunden bei stark alkalischer, bei neutraler und bei ausgesprochen saurer Kost. Die Werte, die sich bei unserer Tuberkulosediät fanden, entsprechen der Beschaffenheit des Urins bei schwach säuernder Nahrung. Kochsalzzulagen bewirkten bei allen diesen Kostformen übereinstimmend Verschiebung nach der alkalischen Seite. Einseitig vegetarische Diät oder Ernährung nur mit Rohkost birgt für Tuberkulöse Gefahren in sich. Unsere eigenen Erfahrungen zeigen die Vorzüge einer gemischten, kochsalzfrei zubereiteten, vitaminreichen Nahrung von bestimmtem Gehalt an Eiweiß, Fett und Kohlehydraten.

Sauerbruch-Berlin: Bekanntlich sind Untersuchungen über den Einfluß der Nahrung auf den Ablauf der Wundheilung und entzündlicher Erkrankungen von Herrmannsdorfer schon 1923 an meiner Klinik begonnen worden. Sie führten zu dem Ergebnis, daß eine Beeinflussung durch die Kost tatsächlich bei einer nach besonderen Gesichtspunkten getroffenen Auswahl der Speisen möglich ist. Da sich der Grundgedanke schon in den Untersuchungen Herrmannsdorfers als richtig erwiesen hatte, wurde die Ausarbeitung der Tuberkulosediät an der Münchener Chirurgischen Klinik in Angriff genommen. Erfolge blieben zunächst aus. Erst als die Kost in manchem geändert, durch Absonderung der Kranken die Vorbedingungen für einwandfreie Erprobung geschaffen waren, trat eine Änderung ein. Die Besserungen, die erzielt wurden, waren nun überraschend. An der günstigen Wirkung der Diät unter all den Voraussetzungen, die bei uns eingehalten werden, ist kein Zweifel möglich. Der immer wieder geltend gemachte Einwand, daß die Lupusknötchen nicht verschwinden, kann gegenüber dem erdrückenden Beweismaterial, das heute vorliegt, nicht mehr aufrechterhalten werden. Auch bei der Knochen- und Gelenktuberkulose sehen wir seit Jahren ausgezeichnete Besserungen; insbesondere gelingt

Digitized by Google

es mit Hilfe der Diät, die so schwer zu beeinflussende Tuberkulose des höheren Lebensalters zu bessern, ja zu heilen. Ein wesentliches Hindernis für die Verbreitung des Verfahrens ist die Engherzigkeit, mit der vom angeblich wissenschaftlichen Standpunkte aus die Ernährungsbehandlung vielfach von vornherein abgelehnt wird. Das gilt in besonderem Maße auch für die Beurteilung der Wirkungsmöglichkeiten bei der Lungentuberkulose. Die nachweisbare Austrocknung der Gewebe, die oft so sinnfällig als Folge der Ernährungskur in Erscheinung tritt, kommt auch im Verlauf der Lungentuberkulose zum Ausdruck. Während unsere bisherigen Behandlungsmethoden alle darauf hinausliefen, durch mehr oder weniger abgestufte Reize die Entwicklung der Krankheit zu beeinflussen, scheint die Diätbehandlung nach unseren Beobachtungen eher ein Dämpfungsmittel zu sein. Leider hat Gerson durch phantastische und über das Ziel hinausschießende Behauptungen die Gegnerschaft verstärkt. Es ist und bleibt aber ein Verdienst Gersons, daß er die Anregung zu einer so vielversprechenden Behandlungsart einer unserer schlimmsten Volkskrankheiten gegeben hat. Die Schulmedizin sollte sich nicht dazu verleiten lassen, sich gegen einen Fortschritt zu stemmen, der seiner Herkunft nach manche Beziehungen zum Kurpfuschertum zu haben scheint. Verlernen wir über dem rationalistischen Denken, das in der Medizin unserer Tage herrscht, nicht das Glauben und das sich Wundern.

Wichmann-Hamburg (Schlußwort): Die günstige Beeinflussung einer Hauttuberkulose durch ein vom Blute herrührendes Mittel muß nicht notwendig auch die günstige Beeinflussung einer inneren Tuberkulose zur Folge haben. Gegenüber Herrmannsdorfer, wonach Kochsalzbeigabe eine ungünstige Beeinflussung innerer Tuberkulose herbeiführte, ist festzustellen, daß dieser offenbar bei den angeführten Fällen der inneren Tuberkulose ein Kochsalzfieber erzeugt hat, wodurch diese Fälle nicht im Sinne genannter Behauptung beweiskräftig sind.

Bommer-Gießen: Die kombinierte Trypaflavin-Lichtbehandlung, welche Friboes erwähnte, dürfte, dem Gießener Besuch von Prof. Volk, Wien und dessen Eindrücken von der Diätbehandlung zu folgern, dieser an Wirksamkeit erheblich nachstehen. C. Bruck-Altona.

Referatenteil

Fachzeitschriften

Archiv für Dermatologie und Syphilis

Bd. 158, H. 1

Schultze, W., u. F. Grundherr-Gießen: Über Melkerknoten mit toxischem Exanthem. (Hautkl.) S. 1.

Das Krankheitsbild des Melkerknotens, Kuhpockeninfektion, wird mehrfach beobachtet. Bei manchen Erkrankten entwickelt sich nach 5—17 Tagen beiderseits an Händen und Armen ein hochakutes Exanthem (starkes Ödem, Entwicklung von hirsekorn- bis münzengroßen Papeln, die an Urtikaria oder Erythema exs. und beim Rückgang auch an flache Verrucae v. erinnern) mit rascher narbenloser Abheilung. In den meisten Fällen breitet sich das Exanthem mehr oder weniger in den seitlichen Halspartien und im Gesicht aus und außerdem veranlaßt es oft eine erhebliche Lymphdrüsenschwellung. Das Krankheitsbild wird als Vakzinationsexanthem aufgefaßt, da Melkerknoten und Pockenimpfpustel eine ätiologische Einheit bilden.

Jadassohn, W., u. S. M. Peck-Zürich: Epidermophytide der Hände. (Hautkl.) S. 16.

Bei der Mehrzahl von Patienten, bei denen eine Fußmykose festzustellen ist, finden sich auch ähnliche Veränderungen an den Händen. Der Befund an Pilzen der Kaufmann-Wolf-Gruppe ist an den Füßen stets positiv, an den Händen negativ. Bemerkenswert ist der regelmäßig positive Ausfall der Trichophytinreaktion und ferner, daß die Handaffektion sich später als die Fußmykose entwickelt, manchmal erst, wenn die letztere eine Intensitätssteigerung erfährt, z. B. nach Trychophytininjektion. Auch ohne Behandlung heilt sie nach Verschwinden der Fußaffektion. Die Veränderungen

Digitized by Google

an den Händen und evtl. am Körper bei Fußmykose sind allergischer Natur (Epidermophytide). Bei Behandlung derselben ist demnach die Inspektion der Füße eine unerläßliche Notwendigkeit.

Vohwinkel, K. H.-Essen: Zur Pathogenese der Sklerodermie. (Hautkl.) S. 28

Mitteilung eines Falles von Sclerodermie en bandes. Die Streifen verlaufen am Kopfe in sagittaler, am Rumpfe in Quer- und an den Extremitäten in der Längsrichtung. Der Verlauf entspricht dem Zuge der Nervenfasern. Der Krankheitsfall ist daher ein eindeutiger Beleg für die neurogene Ätiologie der Sklerodermie. Der Fall ist vergesellschaftet mit einer linksseitigen Hemiatrophie des Gesichts, mit einer zosterartigen Depigmentierung am Rumpfe und einem Pigmentstreifen am linken Oberarme.

v. Berde, K.-Szeged: Das Verhalten von Fadenpilzkolonien unter der Wirkung des Lichtes. (Haut- u. Geschlechtskr.-Kl.) S. 35.

Angelegte Kulturen von Mikrosporon, Achorion, Sporotrichon und Oidium auf Maltoseagar wurden teils bei vollem, teils bei diffusem Sonnenlicht oder im Dunkeln angetrieben. Weiter wurde der Einfluß von elektrischem Licht, weiß, rot, gelb und blau, schließlich von Quarzlicht und Röntgenstrahlen beobachtet. Bei vollständigem Lichtmangel entwickelten sich die Pilze am besten. Die Belichtung dagegen verzögert das Aufgehen und das Wachstum. Am empfindlichsten war Mikrosporon, am wenigsten empfindlich Oidium. Röntgenstrahlen auch stärksten Grades hatten keinen Einfluß auf die Pilze. Weitere Beobachtungen ergaben, daß die Wachstumshemmung der Kolonien eine Folge des durch das Licht sensibilisierten Nährbodens ist, und daß dagegen die Formänderung der Kolonien durch eine Lichtschädigung der Pilze selbst bedingt wird.

Bettmann, S.-Heidelberg: Kapillarmikroskopische Untersuchungen bei experimentellen Kutanreaktionen. (Hautkl.) S. 51.

Als traumatische Kutanreaktion wird die Wirkung des nach der Pirquet-Methode ausgeführten Bohrungsreizes auf die Haut angesehen. Unter dem Hautmikroskop zeigt sich danach eine Erweiterung der Kapillaren, die bei Gesunden geringfügiger ist als bei Kranken (Tuberkulose) oder bei solchen Personen, denen gleichzeitig Adrenalin in die Haut eingebohrt wurde. Bei Stauungszuständen kommt das Adrenalin nicht mehr zur Geltung, sobald durch die Stauung bereits das Maximum der Kapillarerweiterung eingetreten war. Gewisse Teleangiektasien werden durch Adrenalinbohrungen günstig beeinflußt. Bei Psoriasisefflorescenzen läßt sich aus dem Kapillarbilde ein brauchbarer prognostischer Schluß ziehen.

Lewin, E. M.-Kiew: Neues zur Lehre von der toxischen Wirkung der Arsenbenzolpräparate auf die Leber. (Hautkl. d. ärztl. Ausbildgsinst.) S. 68.

Der Nachweis der Cholalurie (Verminderung der Oberflächenspannung des Urins) bedeutet das Vorliegen einer Leberschädigung, einer latenten Gelbsucht. Er ist geeignet, die Behandlung der Luetiker individuell zu regulieren. Fehlt das Symptom der Cholalurie, so soll man die Intensität der Salvarsankur steigern, umgekehrt herabsetzen. Bei manifester Gelbsucht hat man sich der Behandlung mit Salvarsan zu enthalten. Das gilt auch für den Icterus syphiliticus. Bei Vorhandensein eines solchen ist die Behandlung mit Quecksilber vorzuziehen. Wird bei einer Salvarsankur die Cholalurie stationär, so ist mit dem Mittel bis zum Verschwinden des Symptomes ganz auszusetzen.

Geiger, R.-Wien: Unspezifische Desensibilisierungsversuche an Ekzematikern mit Terpentinöl auf perkutanem Wege. (Syph.- u. Hautkl.) S. 76.

Bei Ekzematikern, bei denen die auslösenden Allergene nachweisbar sind, ist die spezifische Desensibilisierung die Methode der Wahl. In den meisten Fällen ist aber die Materia peccans nicht auffindbar. Die Beobachtung an 23 Pat. hat gezeigt, daß auch eine unspezifische perkutane Desensibilisierung erfolgreich ist. Es handelt sich um eine Läppchenmethode. Nach Feststellung der Verträglichkeit des Pat. gegen Terpentin (in Sesamöl gelöst) werden 5 qcm große Läppchen auf ekzemfreie Hautstellen appliziert bis zur Erzeugung eines Erythems. Nach Abklingen desselben neue Läppchen solange, bis der Pat. keine Reaktion mehr zeigt. Dann allmähliche Steigerung der Konzentration bei Verwendung kleinerer Läppchen bis zur Abheilung des Ekzems. Die Dauer der Behandlung, die sich bei ausschließlicher Anwendung der Desensibilisierung ziemlich ausdehnt, kann durch lokalwirkende Ekzemmittel erheblich abgekürzt werden.

Sáinz de Aja, E. A., u. N. Calvin-Madrid: Meinicke-Reaktion mit unmittelbar nachfolgendem Zentrifugieren und gefärbten Antigenen. (Krhkl. San Juan de Dios) S. 84.

Der Vorteil der Verbesserung liegt in der Möglichkeit, die Ergebnisse schnell und leicht abzulesen. Ausführung: Verteilen des nicht erhitzten Untersuchungsserums auf

Digitized by Google

Röhrchen (0,2 ccm), Erwärmen auf 45° 10 Min. im Wasserbad, gleichzeitig mit Röhrchen des gefärbten Antigens und solchen mit 3%iger Kochsalzlösung. Danach rasches Mischen der Antigen- und Kochsalzlösungsröhrchen. Verteilung der gefärbten Antigenverdünnung auf die Serumröhrchen (1 ccm). Schütteln der Röhrchen 5—10 Min. Zentrifugieren 5 Min. Die negativen Röhrchen erhalten die blaue Farbe, die positiven zeigen je nach der Stärke der Reaktion eine vollständige oder mehr oder weniger starke Entfärbung.

Orth-Schotten: Über zwei Fälle von erblichem Melanismus. S. 95.

Dominant bedingte Pigmentierungsanomalie in 2 Stammbäumen von 4 und 5 Generationen.

Stühmer, A.-Münster i. W.: Die Rattenbißerkrankung (Sodoku) als Modellinfektion für Syphilisstudien. (Hautkl.) S. 98.

Die Rattenbißerkrankung, die heute als Ersatz für die Malaria bei der Paralyse Verwendung findet, zeigt bei der Überimpfung auf Mäuse und Ratten das Bild der stummen Infektion; keine klinischen Veränderungen; die anfänglich im Blute nachweisbaren Spirillen verschwinden in etwa 5 Wochen. Dagegen verläuft die Krankheit beim Meerschweinchen sehr schwer; reichliche Entwicklung der Erreger im Blute, 14 Tage nach der Infektion Beginn einer flächenhaften Erythrodermie mit Ödemen, Ausschlägen, Haarausfall und schließlich regelmäßiger Exitus. Die Infektion des Kaninchens erzeugt einen Primäraffekt mit sich anschließender Drüsenschwellung. Etwa 3 Wochen nach der Infektion Krankheitserscheinungen auf der Haut; Ödeme, besonders um die Körperöffnungen lokalisiert und flächenhafte, schuppende oder nässende Plaques. Die Erscheinungen klingen nach einiger Zeit ab, und später kann es in unregelmäßigen Abständen zu Rezidiven kommen. Beim Menschen tritt nach einer Inkubationszeit von etwa 10 Tagen unter Fieber ein Primäraffekt auf. An ihn schließt sich eine Lymphangitis mit Drüsenschwellung. Hiernach langsame Rückbildung des Primäraffektes und Erscheinen eines makulopapulösen Exanthems auf der Körperoberfläche. Die Ähnlichkeit des Infektionsablaufes beim Menschen und Kaninchen scheint aussichtsreiche Vergleichsmöglichkeiten zu ergeben.

Siemens, H. W.-München: Studien über Vererbung von Hautkrankheiten. XI. Ichthyosis congenita. (Hautkl.) S. 111.

Die Ichthyosis congenita zeigt keine Geschlechtsabhängigkeit. Für rezessive Erbbedingtheit besteht eine gewisse Wahrscheinlichkeit. Blutsverwandtschaft spielt eine große Rolle. Dominante Erblichkeit konnte in keinem Falle nachgewiesen werden. Hierdurch unterscheidet sich die Ichthyosis congenita vollkommen von der Ichthyosis vulgaris.

Freund, H.-Berlin: Über endokrine Störungen bei Recklinghausenscher Krankheit. (Hautkl.) S. 128.

Intersekretorische Störungen kommen als Ursache der R. K. nicht in Frage. Sie sind vielmehr eine Folge der Krankheit selber. Da diese eine frühzeitige Keimplasmaschädigung des Ektoderms darstellt, können Drüsen, soweit sie ebenfalls von diesem Keimblatte abstammen, von der Entwicklung neurogener Tumoren betroffen und geschädigt werden. Werden Veränderungen an inkretorischen Drüsen ento- oder mesodermaler Herkunft beobachtet, so muß man annehmen, daß die beim M. R. vorwiegend das Ektoderm treffende Keimplasmaschädigung auch gelegentlich auf die anderen Keimblatter übergreifen kann.

Stenzel, K. G.-Hannover: Allgemeine Betrachtungen über das Guttadiaphot am Beispiel der Gonorrhoe. (Städt. Krhs.) S. 143.

Die Untersuchungen ergaben, daß das Guttadiaphot enge Beziehungen zur Blutkörperchensenkungsgeschwindigkeit hat. Die Bedingungen ihres Auftretens sind die gleichen. Bei stark reagierenden Organismen ließ sich der Ausfall des Guttadiaphots durch parenterale Einverleibung von Eiweißkörpern erheblich beeinflussen. Gravidität, entzündliche Prozesse, Gewebszerfall ergaben positiven Ausfall. Das Guttadiaphot ist demnach ein Symptom. Seine Bedeutung wird darin erblickt, daß es Rückschlüsse gestattet auf die Wirksamkeit eines eingeführten Reizkörpers oder auf die Intensität einer bei einem Patienten bestehenden Krankheit, ferner auf seine Konstitution und seine Fähigkeit, Antistoffe zu bilden. Aus dem wiederholten Anstellen der Reaktion läßt sich ein guter Überblick auf den Verlauf einer Krankheit gewinnen. Für eine Ätiologiebestimmung kommt die Methode nicht in Betracht, da sie als Symptom vieler Krankheiten vollkommen unspezifisch und allgemein ist.

Popper, M.-Wien: Über Dermatoskopie bei Finsendruckbestrahlung der normalen Haut des Menschen. (Lupusheilst.) S. 158.

Die Wirkung der Finsenstrahlen wurde an der normalen Haut einer größeren

Digitized by Google

Personenzahl geprüft. Nach einer Bestrahlungsdauer von 10—15 Min. sind die Veränderungen in der Epidermis nur gering, in der Kutis frühzeitiges Auftreten von Ödem: im Vergleich zur Ultraviolettbestrahlung längere Inkubation, Erweiterung der präkapillaren Gefäße, sowie Auftreten von Blut- und Kutispigment. Bei einer Bestrahlungsdauer von 20—30 Min. treten diese Veränderungen noch deutlicher hervor. Gegenüber der Höhensonne ist die Inkubation länger, die Hautfelderung verbreitert und scharf begrenzt, die Epidermis trocken schuppend, das Pigment anders lokalisiert und die Hyperämie weniger intensiv, aber tiefer und bedeutend länger dauernd. Eine Bestrahlungsdauer von 40 bis 90 Min. erzeugt Epidermisnekrosen, die zu einer atrophisierenden Entzündung der Kutis führen. Gegenüber intensiver Ultraviolettbestrahlung längere Inkubation, Bildung der Nekrosen ohne vorausgehende Blasen, Schädigung des Kutisgewebes und monatelanger Bestand von Gefäßveränderungen. Die Steigung der Bestrahlungsintensität über 40 Min. erzeugt keinen höheren therapeutischen Erfolg. Die durch Finsenbestrahlung bewirkte langdauernde Hyperämie der tiefen Gefäße gibt für den Lupus vulgaris die besten Heilresultate.

Schmidt, P. W.-Münster i. W.: Über eine bisher nicht beschriebene punktförmige Keratose. Poroceratosis vera non perstans. (Hautkl.) S. 186.

Die Veränderung befiel die Haut unterhalb beider äußeren Fußknöchel in der Ausdehnung etwa eines Fünfmarkstückes. Sie bestand im wesentlichen aus dicht nebeneinanderstehenden, zahlreichen, kleinsten napfförmigen Dellen, die manchmal einen Hornkegel enthielten. Vermutet wird eine äußere Schädigung als Ursache, da die Veränderung beim Aussetzen der Beschäftigung (Bergmann) sich spontan zurückbildete.

Biberstein, H. u. H. Linke-Breslau: Blutzuckerbestimmung bei Ekzem, Psoriasis, Lichen Vidal und Ulcus cruris. (Hautkl.) S. 199.

Eine Erhöhung des Blutzuckerspiegels konnte nicht festgestellt werden, wenn nicht Glykosurie schon vorhanden war. Beim Lichen Vidal liegen die Werte im Bereiche normaler Grenzen, aber häufig niedriger als bei den anderen Krankheiten.

Buss, G.-Sao Paulo u. Heidelberg: Die amerikanische Hautleishmaniose. I. Klinischer Teil. (Mikrobiologie-Forschungsst. und Hautkl.) S. 202.

Im Inneren von Brasilien trifft man gewöhnlich mildere Krankheitsformen an, flache Ulzerationen der Haut, die selten von Schleimhautkomplikationen begleitet sind. In den Krankenhäusern der großen Städte dagegen mehr die maligneren Formen. Bei einem Teil dieser Pat. entwickelt sich aus anfangs mückenstichähnlichen Infiltraten Knoten, die als solche bestehen bleiben, während bei anderen die Infiltrate sich in Geschwüre umwandeln. Hierdurch entstehen 2 Typen. Die Knotenform kann gleichfalls zu Geschwüren zerfallen oder geht bei längerem Bestand in verruköse, papillomatöse oder framboësieähnliche Formen über. Die Ausbreitung der Krankheit geschieht teils durch lokale Vergrößerung der Herde, teils durch Autoinokulation oder auf dem Blut- und Lymphwege. Schleimhauterkrankungen zeigen sich häufiger bei Pat. mit zahlreichen Herden. Sie treten erst monatelang nach den Hautveränderungen auf. Besonders befallen werden Nase, Mund und Rachen, wo es zu bedeutenden Zerstörungen kommen kann. Zur Sicherung der Diagnose dient der Nachweis der Erreger in Ausstrich und Kultur, ferner die histologische Untersuchung und die Intrakutaninjektion. Man nimmt eine Übertragung durch Insekten an, ohne aber einen Beweis für diese Ansicht zu besitzen.

II. Der Erreger und die spezifische Gewebsreaktion. S. 223.

Zu den Eigentümlichkeiten der amerikanischen Leishmaniose gehört, daß die Zahl der im Schnitt nachweisbaren Erreger äußerst gering ist. In recht vielen exzidierten Stücken sind überhaupt keine nachweisbar. Alter der Krankheitsherde und Intensität der Behandlung haben hierbei Bedeutung. Doch finden sich in Rezidiven und Schleimhautveränderungen trotz langer Dauer und Behandlung oft reichliche Erreger. Sehr viel Parasiten wurden in 2 Fällen mit universellem Exanthem und in einem weiteren Falle, bei welchem die Herde nicht wie gewöhnlich zurückgingen, sondern atrophierten, beobachtet. Schon seit längerer Zeit hat man für die Schleimhautveränderungen der amerikanischen Leishmaniose eine hämatogene Entstehung angenommen, während man für die Hautefflorescenzen durchweg eine äußere Infektion annimmt. Aber nicht blos das schubweise Auftreten, sondern auch die Chronizität, mangelnde Neigung zum Zerfall und verminderte Heilungstendenz, wie sie die Schleimhautveränderungen zeigen, sprechen für die hämatogene Entstehung mancher Hautefflorescenzen. Ein Vergleich mit der Orientbeule ergab, daß bei dieser die Zahl der Erreger bedeutend größer ist. Bei der amerikanischen Leishmaniose findet man nur wenig tuberkuloides Gewebe, ge-

Digitized by Google

wöhnlich an den Geschwürsrändern und in der Peripherie der Infiltrate. Im wesentlichen ist bei allen Formen der Leishmaniose banales Granulationsgewebe vorherrschend. Bei der Orientbeule ist die Ausbildung von tuberkuloidem Gewebe bedeutender. Bei etwa einem Drittel der Fälle finden sich neben tuberkuloidem Gewebe auch Riesenzellen. Sie sind sehr verschieden im Bau. Nur in manchen Regionen gleichen sie den Langhansschen Zellen.

Mayer, R. L.-Breslau: Die Hautüberempfindlichkeit gegen Körper von Chinonstuktur. III. Mitteilung. Ursol- und Pellidolüberempfindlichkeit, anderer Mechanismus in gewissen Fällen nebst Bemerkungen über die Natur des reizenden Stoffes in den gefärbten Pelzen. (Hautkl.) S. 266.

Ursolempfindliche sind sehr häufig auch überempfindlich gegen Pellidol, während umgekehrt Pellidolüberempfindliche nicht gleichzeitig gegen Ursol überempfindlich sein müssen. Zwei Pat. zeigen Überempfindlichkeit nicht bloß gegen Pellidol, sondern auch gegen Anilin, nicht aber gegen Ursol. Als schädigende Substanzen kommen einmal das Chinondiimin und dann seine Polymerisationsprodukte in Betracht. Die letzteren sind zwar wasserunlöslich, werden aber durch Absonderung von saurem Schweiß leicht in Lösung gebracht. Die durchfeuchteten Haare ergaben dann den Reizstoff auf die Haut.

Karo, W.-Berlin: Über Organtherapie der Hautkrankheiten. S. 275.

Ein polyhormonales Präparat (Vallathen) zeitigte gute Erfolge bei Acne vulg., bei Ekzem und Furunkulose. In schweren Fällen unterstützt durch Olyptolinjektionen. Auffallend war der Erfolg bei einer Rosazea. Vörner-Leipzig.

Dermatologische Zeitschrift

1929, Bd. 56, H. 5

Frieboes, W.-Rostock: Beiträge zur Anatomie und Biologie der Haut. XII. Chorda-, Knorpel-, Epidermiszellen. Epidermisfasersystem ein Hystosystem oberer Ordnung. Metaplasie von Epidermis- und Hautkarzinomzellen. Epidermisbildung bei Wundheilung und normale Epidermisregeneration. Entstehung der Hautkrebse. S. 305.

In früheren Arbeiten hat Verf. die Ansicht vertreten, daß das in der Epidermis enthaltene Fasersystem nicht das Produkt der eigentlichen Epithelzellen ist, sondern besonderen mesenchymalen Zellen, die teils im teils außerhalb des Epithelverbandes liegen, ihren Ursprung verdanken. Ferner ist das mosaikartige Relief der Epidermis nicht aus zellulären Bausteinen aufgebaut, sondern stellt ein selbständiges Fasersystem, ein Protoplastsynzytium dar, das mit Protoplasma und Kernen ausgefüllt ist. Ähnliche Verhältnisse finden sich im Chorda- und Knorpelgewebe. Kämmerleinsystem und Protoplast mit Kernen sind zwei in Symbiose lebende, aber getrennte Gebilde. Eine Metaplasie der Epithelzelle in Bindegewebe, ebenso in Naevuszellen lehnt Verf. ab. Das Bindegewebe beim Karzinom ist ein Proliferationsprodukt des subepithelialen Bindegewebes. Gegen die Metaplasie spricht besonders der Vorgang der Narbenbildung. Das Karzinom entsteht dadurch, daß sich aus dem Protoplast der Epidermis um einen Kern herum an einer oder mehreren Stellen ein Bezirk ablöst, also ganz neue Zellen entstehen, die sich vergrößern, die Fasern auseinanderdrängen und fermentativ vernichten, rasch neue Zellen durch mitotische Teilung bilden und schließlich, von der Faserfesselung befreit, einzeln oder in Verbänden in das subepitheliale Gewebe vordringen.

Manteufel, P., u. K. Herzberg-Düsseldorf: Virusnachweis durch Drüsenverimpfung beim lebenden kongenital syphilitischen Säugling. (Hyg. Inst. d. Med. Akad.) S. 340.

Durch Verimpfung einer exstirpierten Kubitaldrüse und einer Leistendrüse auf die Hoden von zwei Kaninchen konnte der syphilitische Ursprung einer Mikropolyadenie bei einem 5monatigen Säugling nachgewiesen werden. Die intratestale Impfung von defibriniertem Blut des Kindes ergab negatives Resultat.

Kaufmann, C.-Berlin: Zur histologischen Diagnostik luischer Plazenten (einschließlich des Spirochätennachweises). (Univ.-Frauenkl. d. Charité.) S. 346.

Spezifisch luische Gewebsveränderungen der Plazenta gibt es nicht. Miliare Abszesse, Sklerosierung des Zottenstromas, Ödem der Zotten und infiltrative Prozesse der Nabelschnurgefäße sind nicht für Lues verwertbar. Hingegen machen hochgradige Zottenhyperplasie und Gefäßobliterationen in verschiedenen Abschnitten der Plazenta

Digitized by Google

die Diagnose Lues wahrscheinlich. Die von Raschhofer beschriebene Persistenz des Langhansschen Epithels konnte in keinem Falle nachgewiesen werden. Nur die Untersuchung des Gewebssaftes der Nabelschnur auf Spirochäten ist für die Früherkennung angeborener Syphilis von ausschlaggebender Bedeutung.

Waldeyer, L.-Berlin: Erfahrungen über Myosalvarsan bei Säuglingen. (Derm. Abt. d. Rud.-Virchow-Krkhs.) S. 355.

Verf. berichtet über günstige Erfahrungen mit Myosalvarsan, das reizlos, frei von schädlichen Nebenwirkungen ist und neben Hebung des Allgemeinzustandes eine starke antisyphilitische Wirkung ausübt. Es kann somit in der Behandlung der kongenitalen Lues bei Säuglingen als Mittel der Wahl angesehen werden.

1929, Bd. 56, H. 9

Frieboes, W.-Rostock: Beitrag zum Bau der Blutgefäßendothelwand. S. 385

Die feinsten Kapillarrohre bestehen aus einer ganz dünnen, nur aus einer Lage Endothelien gebildeten Wand, an die sich einige Bindegewebszellen und dazwischen Zellen mit größerem gekörntem Kern (Rougetsche Zellen) anlagern. Die Endothelien sind nicht zueinander gelagert, sondern sind mit Fortsätzen versehene Zellen, deren Zellkörper mit dem Kern nach dem Kapillarinnern zu orientiert sind, während die Fortsätze unter dem Zellkörper der Nachbarendothelien an der Kapillaraußenwand entlang laufen. Auch in Gewebskulturen kann man die gleiche Bauart beobachten. Bei größeren Gefäßen sieht man, wie Bindegewebsfasern radiär von außen bis zum Endothel verspannt sind, wie andere längs und zirkulär verlaufende Fasern sich mit ihnen verknüpfen, wie dazwischen die Muskellamellen und elastische Fasern eingeschaltet sind, und trotzdem das Rohr kein lückenlos gefügtes Gebilde ist. Eine Änderung der Verspannung der Wand ermöglicht den Austausch von Gewebe zu Blut, das Auswandern der Leukozyten, die Blutung per diapedesin.

Grigorjew, P., u. K. Jarischewa-Saratow: Zur Frage der spezifischen Aortitis bei experimenteller Kaninchensyphilis. (Syphilidolog. Kl. der Staatsuniv.) S. 395.

9 von 45 syphilitisch infizierten Kaninchen mit einer Infektionsdauer von 4 Monaten bis $2^1/_2$ Jahren wiesen an der Aorta, hauptsächlich am aufsteigenden Teil, makroskopische Veränderungen. In 3 Fällen befanden sich unter der Intima Knötchen und nach deren Zerfall Ulzerationen, in einem davon erschien der vom Ulkus eingenommene Bezirk aneurysmatisch ausgebuchtet. In 2 Fällen wurden in der makroskopisch verdickten Wand Aneurysmen beobachtet. In den übrigen 4 Fällen war Aortenwand diffus oder begrenzt verdickt. Histologisch waren nur in 2 Fällen Veränderungen von rein entzündlichem Charakter zu beobachten. Sonst fanden sich Verdickungen der Wand und herdartige Infiltrationen, die stellenweise bis zur Intimaoberfläche reichen. Das Infiltrat ist vorwiegend in der Umgebung der entzündlich veränderten Vasa nutritia der Aorta lokalisiert und besteht aus Plasmazellen und Lymphozyten, daneben aus Polyblasten und Epitheloidzellen. Kalk konnte in dem zerfaserten Gewebe der Media und Adventitia nachgewiesen werden. In 2 Fällen wurden in der veränderten Aortenwand typische Spirochaeta pallidae gefunden. Durch diese Feststellung kann die Frage des Vorkommen einer syphilitischen Aortitis bei Kaninchen als endgültig gelöst angesehen werden.

Kadisch, E.-Berlin: Über den Einfluß der Züchtungstemperatur auf das Angehen und die Größe der Kolonien pathogener Hautpilze. (Derm. Abt. d. Charlottenburger Krankenhs.) S. 406.

Die optimale Züchtungstemperatur für pathogene Hautpilze liegt bei etwa 27° C.

Vásárhelyi, J.-Hódmezövásárhely (Ungarn): Zur Frage der Beeinflußbarkeit der Thalliumwirkung durch Extrakte endokriner Drüsen, mit besonderer Berücksichtigung der Thymus. (Elisabeth-Krkhs.) S. 412.

Unter 6 mit Thallium + Hodenextrakt behandelten weißen Ratten stellte sich vollkommene Alopezie nur bei einem Tier, unter den mit Thallium + Ovarium behandelten bei zweien, dagegen kam es bei 4 von 6 mit Thallium + Thymus behandelten Tieren zu völligem Haarschwund. Die Versuche ergeben, daß die Hyperthymisation die Wirkung des Thallium günstig beeinflußt und erklären die Tatsache, daß junge Organismen gegenüber Thallium empfindlicher sind als ältere, bei denen die Thymus nicht mehr funktioniert.

Wohlstein, E.-Bad Pistyan: Ein Fall von Nekrophorusinfektion der Haut beim Menschen. S. 415.

3 Tage nach manueller Entfernung der Plazenta bei einer Kuh beobachtete Pat., Tierarzt von Beruf, am linken Unterarm oberhalb des Handgelenkes einen hellroten Fleck.

Digitized by Google

Am 6. Tage trat Dellenbildung in der Mitte der jetzt kreisrunden, fünfkronenstückgroßen Scheibe auf, 12 Stunden später Lymphangitis und Lymphadenitis. Am 12. Tage zeigte der Herd eine weißliche, ödematöse Randzone, einen mittleren, rötlichen, hämorrhagischen Streifen und zentral eine schmutzigschwarz verfärbte, nekrotische Zone. Mikroskopisch waren Nekrosebazillen nachweisbar. Rasche Heilung nach zirkulärer Inzision der Randzone und Lapisätzung unter Hinterlassung einer pigmentierten Narbe.

1929, Bd. 57, H. 1/2

Bierbaum, K., u. H. Gottron-Berlin: Zur Kenntnis des Erysipeloid Rosenbach unter besonderer Berücksichtigung seiner Beziehungen zum Schweinerotlauf. (Univ.-Hautkl. u. Hyg. Inst. der Tierärztl. Hochschule.) S. 5.

In 8 von 10 Fällen von Erysipeloid wurden Bazillenstämme isoliert, die sich morphologisch, färberisch und serologisch wie echte Schweinerotlaufstämme verhielten. In 2 Fällen wurde die Infektion auf das Hantieren mit rotlaufkranken Schweinen, in 2 anderen auf Verarbeitung von Schweinefleisch bzw. -fett zurückgeführt. Die Infektionen der übrigen Patienten entstanden nach Verarbeitung von Fischen oder Hasen. Klinisch boten alle Fälle das gleiche Bild. Es zeigt sich anfangs eine bläulich-rote, später blaßrote, von einer Verletzung ausgehende Verfärbung der Haut, die sich unregelmäßig, aber scharf gegen das Gesunde abgrenzt und sich allmählich proximalwärts ausdehnt. In den Randpartien kommt es zu einer bald wieder zurückgehenden Schwellung, die in kleinlamellöse Schuppung übergeht. In den Fällen, die mit Schweinefleisch nicht in Berührung gekommen waren, wurde als Erreger der Infektion der Bacillus muriseptieus R. Koch nachgewiesen, der dem Schweinerotlaufbazillus weitgehendst nahesteht. Die Untersuchungen sprechen dafür, daß Schweinerotlaufbazillus, Bacillus murisepticus und Erysipeloiderreger miteinander identisch sind. Die geringgradigen morphologischen Unterschiede, die Rosenbach gefunden hat, rechtfertigen die Trennung der 3 Mikroben keineswegs. Auch der von Rosenbach zur weiteren Stütze seines Standpunktes betonte Unterschied in dem klinischen Bild des Erysipeloids und Rotlaufs beim Menschen ist unzutreffend. Der kulturelle Nachweis der Erreger genügt in der Regel nur nach Exzision eines Hautstückchens, während die Punktion der erkrankten Stelle meist versagt. Auch in histologischen Schnitten läßt sich der Erreger nur schwer nachweisen.

Memmesheimer, A. M.-Tübingen: Der Frühjahrsgipfel des Ekzems und seine Erklärungsmöglichkeiten. (Univ.-Hautkl. Bonn und Tübingen.) S. 27.

Durch genaue statistische Untersuchungen wurde ein deutlicher Anstieg von Ekzemerkrankungen im Frühjahr nachgewiesen. Die plötzlichen Veränderungen der Temperatur, der Sonnenstrahlung, des Windes und der Luftfeuchtigkeit, ferner das Ansteigen des Luftstaubes und der Klimaallergene begünstigen die Entstehung der Ekzeme. Auch die Änderung der Immunitätsverhältnisse am Ende des Winters spielt hierbei eine Rolle. Verf. verspricht sich durch Vornahme ähnlicher Untersuchungen in anderen Teilen der Erde genauere und dann für Ätiologie und Therapie verwertbare Ergebnisse.

Perkel, J. D., u. E. S. Pretschkin-Odessa: Zur Frage der Übertragung der Syphilis auf die dritte Generation. (Dermat.-Venerolog. Staatsinstitut.) S. 47.

Der klinische Beweis für Erbsyphilis in der 3. Generation erfordert nach Fournier folgende Nachweise: 1. Vorhandensein kongenitaler Lues in der 2. Generation. 2. Sicherer Ausschluß akquirierter Lues in der 2. Generation. 3. Einwandfreie Kongenitallues in der 3. Generation. 4. Auftreten der Syphiliserscheinungen bald nach der Geburt bei der 2. und 3. Generation. Verff. berichten über einen Fall, der die genannten Forderungen erfüllt. Die Erbsyphilis der Mutter ist einwandfrei festgestellt (Keratitis parenchymatosa mit 11 Jahren, ferner zahlreiche charakteristische Dystrophien, besonders an den Zähnen). Der Ehegatte zeigt keine Erscheinungen von Lues, somit hat eine Infektion in der 2. Generation nicht stattgefunden. Das Kind weist folgende Symptome von kongenitaler Lues auf: allgemeine Zurückgebliebenheit, zahlreiche Dystrophien, angeborener Herzfehler (nicht obliterierter Ductus Botalli, offene Vorhofscheidewand), Hepato-Splenitis. Verff. glauben, daß derartige Fälle häufiger vorkommen, als sie beschrieben werden.

Fischl, Fr.-Wien: Übergangsformen zwischen Eczema seborrhoicum und Pityriasis lichenoides chronica. (II. Derm. Abt. d. Allg. Krkhs.) S. 56.

Bericht über 2 Fälle. Der eine betrifft eine 32jähr. Pat., die seit 15 Jahren an einer Hautaffektion leidet, die von den Ellenbeugen, Achselhöhlen und Kniekehlen ausging. Zuerst treten rote Flecke auf, später entwickelten diese sich zu gelblich-bräunlichen Knötchen. Die Erkrankung breitete sich allmählich über den ganzen Stamm und

Digitized by Google

Extremitäten aus, zeigte im Winter regelmäßig Exazerbation und verschwand nie völlig. Sie verursachte leichtes Brennen, Stechen und das Gefühl von Wundsein. Alle antiseborrhoischen Maßnahmen waren erfolglos. Jetzt zeigt die Haut folgendes Bild: Am Stamm und den Extremitäten finden sich einerseits rötlich-gelbliche, stecknadelkopf- bis linsengroße, mit einem festhaftenden Schüppchen bedeckte Knötchen und nichtkonfluierende Knötchengruppen. Nach Entfernung der Schüppchen liegt eine nichtinfiltrierte, leicht gerötete, trockene Haut zutage. Andererseits sind im Bereich des Unterbauches, Rückens und der Glutealgegend punkt- bis linsen- und eingroschengroße, gelblich-rötliche, ganz flachpapulöse Effloreszenzen mit unscharfem Rand und feiner, kleienförmiger Schuppung vorhanden. Auf Arsen-Blaulichtbehandlung nach **Ehrmann** trat Heilung ein. Der zweite Fall weist die gleiche Polymorphie auf und reagiert ebenfalls prompt auf Arsen-Blaulicht. Das klinische Bild, die Verteilung und Ausbreitung der Effloreszenzen, das histologische Bild und der Heilerfolg sprechen teils für seborrhoisches Ekzem, teils für Pityriasis lichenoides chronica. In beiden Fällen handelt es sich um Übergangsformen zwischen beiden Erkrankungen.

Potaschnik, M. B.-Kasan: Über die Verwendung des essigsauren Thalliums bei Pilzerkrankungen. (Derm.-Venerolog. Klinik des Inst. f. ärztl. Fortbildung.) S. 64.

Essigsaures Thallium in Mengen von 8 mg pro Kilogramm Körpergewicht bei gesunden Kindern bis zum 15. Lebensjahr verabreicht ist ein brauchbares Epilationsmittel. Vor und nach dem Haarausfall ist für gründliche Desinfektion mit Jodtinktur, Schwefelsalbe und Waschungen Sorge zu tragen. F. Harry-Wiesbaden.

Zeitschrift für Urologie

1929, Bd. 23, H. 6/7

Kümmel, H.-Hamburg: Zur Kritik der Ureterstrikturen. S. 407.

Hinweis auf die verschiedenen Formen und Möglichkeiten der Ureterstriktur und ihre exakte Diagnosenstellung. Auch die differentialdiagnostischen Fragen werden besprochen.

Young, H. H.-Baltimore: Über die Anastomosebehandlung der frischen oder veralteten kompletten Ruptur der Pars anterior urethrae. S. 419.

Bei traumatischer Ruptur der Harnröhre ist eine möglichst frühzeitige Operation und exakte Wiederherstellung der verletzten Harnröhre außerordentlich wichtig. Versäumnis kann zu schweren Komplikationen, sogar zum Tode führen. Unter Anführung zahlreicher Abbildungen wird die Operationsmethodik genau geschildert.

Fedoroff, S. P.-Leningrad: Mögliche Fehler in der Diagnostik chirurgischer Nierenerkrankungen. S. 442.

Verf. berichtet über einen Fall von doppelseitiger Nierenblutung, die er bei genauester Untersuchung für essentielle hielt. Die zur Dekapsulation freigelegte Niere wies ein Hypernephrom auf und gleichzeitig 4 Papillome. Wahrscheinlich waren auf der anderen Seite ebenfalls Papillome vorhanden.

Fronstein, R.-Moskau: Die primäre Harnblasenatonie. S. 445.

Verf. berichtet über 5 einschlägige Fälle. Ursache des Krankheitsbildes ist wohl eine Atrophie der Blasenmuskulatur aus den verschiedensten Gründen. Man versteht unter der primären Blasenatonie solche Fälle, bei denen kein mechanisches Abflußhindernis vorhanden ist.

Döderlein, A.-München: Über zwei seltene und wichtige gynäkologisch-urologische Fälle. S. 440.

1. In einem Ehescheidungsprozeß wegen Harnträufelns und seinen üblen Folgen als Ursache der Scheidung entscheidet sich D. dahingehend, daß die Ursache ein Ureter bifidus mit Mündung des einen Ureterteils in die Scheide sei. Da Röntgenbestrahlung ohne Erfolg geblieben ist, kommt nur ein großer operativer Eingriff in Frage. 2. Bericht über eine Blasen-Scheiden-Kloake, die durch Interpositio uteri geheilt wurde.

Küttner, H.-Breslau: Über Emphysema scroti nach Nieren-, Prostata-, Hernienoperationen und über andere Formen des Skrotalemphysems. S. 457.

Bericht über eigene und die seltenen Fälle der Literatur. Ursache für das nach Operationen auftretende Skrotalemphysem ist die Aufnahme von Luft in das präperitoneale Zellgewebe während der Operation. Besonders ist auch wichtig, daß nach Pneumo-

Digitized by Google

radiographie des Nierenbeckens Skrotalemphysem beschrieben ist; das Emphysem verschwindet nach einiger Zeit von selbst.

König, F.-Würzburg: Über umschrieben eitrige Nierenentzündung unter dem Bilde des Tumors. S. 467.

Bericht über einen Fall, der als Nierentumor diagnostiziert wurde und sich bei der Operation als abgekapselte Eiterung — ähnlich dem Nierenkarbunkel — herausstellte. Andere Karbunkel bestanden vorher nicht.

Ravasini, C.-Triest: Über Nephrolithiasis bilateralis. S. 471.

Bericht uber 350 Fälle, aus denen sich ergibt, daß die Operationsindikation nicht zu eng gestellt werden darf. Die Prognose ist sonst sehr ungünstig, während durch den Eingriff ein großer Teil gerettet werden kann.

Nicolich, G.-Triest: Über beiderseitige Nierengeschwülste. S. 477.

Bericht über 2 Fälle von doppelseitigen Nierensarkomen. Der eine ist als Systemerkrankung, der andere als Primärtumor zu werten.

Blum, V.-Wien: Über Ureterektomie. S. 486.

Verf. stellt die Indikation zu dieser Operation sehr eng. In erster Linie kommt sie in Frage bei papillären Tumoren der Niere, Tuberkulose bietet nur in besonderen Fällen dazu eine Indikation.

Rubritius, H.-Wien: Beitrag zur Behandlung der kalkulösen Anurie. S. 495.

Bericht über einen Fall, in dem 6mal durch Ureterenkatheterismus die Anurie behoben wurde. Erst beim Versagen desselben soll man operieren.

Kroiss, F.-Wien: Zur operativen Behandlung der undurchgängigen Harnröhrenverengerung. S. 499.

Man geht mit dem Zeigefinger einer Hand durch die Blase in die Pars prostatica so tief als möglich ein und durchstößt mit der Spitze einer von vorn in die Urethra eingeführten Metallsonde das in der Regel nicht allzu dicke Narbengewebe zwischen dieser und der Fingerspitze.

Pleschner, H. G.-Wien: Divertikelstein. S. 502.

Bericht über Steinbildung, die sich teilweise in der Blase, teilweise in einem Divertikel derselben fand. Dadurch kam es zu einer eigenartigen Form der nur lose zusammenhängenden Steine.

Götzl, A.-Prag: Erfahrungen über die suprapubische Prostatektomie. S. 507.

Verf. empfiehlt die einzeitige suprapubische Prostatektomie unter den üblichen Indikationen. Unter den letzten 65 Operationen nur 2 Todesfälle, beide bei zweizeitiger Operation.

Hock, A.-Prag: Hypernephrom und Digestionstrakt. S. 512.

Beschreibung eines Falles, der wegen allein vorhandener Magenbeschwerden unter der Diagnose Ulcus ventriculi lief. Es ist in jedem Falle eine genaue Nierenuntersuchung notwendig, wo der Urin nicht völlig der Norm entspricht.

Hottinger, R.-Zürich: Einige Bemerkungen über Blasenfremdkörper bei kleinen Kindern. S. 516.

Kurze Aufzählung der verschiedenen in der Blase gefundenen Fremdkörper anläßlich eines Falles einer Nadel in der Blase eines Kindes.

Kielleuthner, L.-München: Blasenscheiteltumor-Urachuskarzinom. S. 519.

Eingehende histologische Beschreibung eines entsprechenden Falles.

Schlagintweit, F.-München: Zur instrumentellen Lösung von Harnleitersteinen. S. 524.

Mit der instrumentellen Lösung soll man sehr vorsichtig sein, meist ist die Operation die bessere Methode.

Kneise, O.-Halle: Zur Frage der Nierenstein-Harnleitersteinoperationen und der Erholungsfähigkeit des Nierengewebes, bzw. seiner Funktion. S. 527.

Verf. weist auf den großen diagnostischen Wert der Nierenfunktionsprüfung, insbesondere der Indigo-Karminprobe hin. Er berichtet über einen Fall, der 5mal operiert werden mußte und in dem die Probe den richtigen Hinweis auf den Zeitpunkt der Operation erbrachte. Operation der Wahl ist, wenn irgend möglich, die Pyelotomie.

Oppenheimer, R.-Frankfurt a. M.: Über Ureterolithotomie am juxtavesikalen Harnleiterende beim Weibe. S. 537.

Beschreibung der Methode.

Bloch, A.-Frankfurt a. M.: Die Lachgas- (Stickoxydul-, N_2O-) Narkose in der Urologie. S. 541.

Vorteil dieser Narkose besteht in der Geruchlosigkeit und in dem schnellen Auf-

Digitized by Google

wachen ohne postnarkotische Beschwerden. Intoxikationen sollen nicht vorkommen. Zu empfehlen ist die Lachgasnarkose für urologische Eingriffe von der Nephrektomie bis zur Zystoskopie.

Leuchenberger, R.-Leipzig: Über Behandlungsversuche bei chronischen Zystitiden mit Bakterienkulturfiltraten nach Besredka. S. 552.

Erfolge konnten mit dieser Methode nicht erzielt werden.

Geyer, H.-Würzburg: Über Rückfälle beim Tripper des Mannes und deren Ursachen. S. 560.

Die Behandlung muß frühzeitig an allen Stellen, die erkrankt sind, einsetzen, z. B. paraurethralen Gänge, Infiltraten der Urethra, Samenblasenerkrankung usw. Versager in der Provokation sind meistens auf einen Mangel in der angewandten Methodik zurückzuführen.

Grauhan, M.-Senftenberg u. v. Rehren-Altona: Die Nephrektomien der Kieler chirurgischen Klinik vor und nach Einführung des Ureterenkatheterismus; ein Beitrag zur Geschichte der Nierenchirurgie. S. 572.

An Hand genauer statistischer Untersuchungen Hinweis auf die Förderung, die die Nierenchirurgie durch den Ureterenkatheterismus erfahren hat.

Puhl, H.-Kiel: Zur Kenntnis der Sarkome der Harnröhre; Mitteilung eines Falles von Myosarkom. S. 583.

Verf. beschreibt einen Fall, wo ein Myosarkom in der Harnröhrenwand etwa in der Höhe des Sphincter ext. entstanden und in die Lichtung der Urethra so eingewachsen ist, daß es zum Verschluß geführt hat. Da es sich um einen 8 Wochen alten Säugling handelte, muß man eine kongenitale Anlage annehmen.

Pflaumer, E.-Erlangen: Über das intramurale Ureterpapillom, seine Diagnose und Behandlung. S. 589.

Bei Blasenpapillomen bestehen in mindestens 10% auch Harnleiterpapillome, die gründlichst gesucht werden müssen. Wegen der großen Gefahr — karzinomatöse Entartung, Abflußhindernis, Neubildung von Blasenpapillomen — ist immer Operation erforderlich. Verf. empfiehlt dazu einen von ihm angegebenen Traktor. Koagulation führt seines Erachtens nicht zum Ziele.

Ludowigs, C. H.-Karlsruhe: Zur Diagnostik der Hufeisenniere. S. 600.

Verf. empfiehlt zur Diagnosenstellung eine wechselseitige Halbprofilaufnahme.

Fischer, K.-Düsseldorf: Rasche Steinbildung in der Restniere nach Nephrektomie. (Klinik und Ätiologie. Erfahrungen mit Normolaktolspülungen.) S. 608.

Zur Verhinderung der überaus schnellen Rezidive und neuer Steinbildungen in der gesunden Niere, die als Organneurosen oder Reflexerscheinungen zu deuten sind, werden neben reichlicher Flüssigkeitszufuhr bald nach der Operation, besonders bei Phosphatsteinen, Nierenbeckenspülungen mit Normolaktol empfohlen.

Richter, P. F.-Berlin: Über einen eigenartigen Fall von eklamptischer Urämie. S. 617.

Bericht über einen überaus seltenen Fall von eklamptischer Urämie mit tödlichem Ausgang.

Schlayer, C.-Berlin: Der Ausscheidungsweg der harnfähigen Substanzen im Körper nach neuen Untersuchungen. S. 621.

Prüfung der Ausscheidung der körpereigenen wie auch körperfremder Stoffe hat ergeben, daß diese im wesentlichen denselben Grundsätzen folgen. Es ist dabei nicht nur die Niere zu prüfen, sondern es spielt die Regulationsarbeit der Gewebe die gleich wichtige Rolle. Die renale Speicherung ist ganz unabhängig vom Blutgehalt, dagegen bestehen sehr enge Beziehungen zwischen Gewebe und Harnausscheidung. Die Untersuchung nach dem Wesen der Gewebsregulation und ihrem Sitz ergab in erster Linie drei Prädilektionsstellen: Leber, Niere und Haut.

Rosenstein, P.-Berlin: Ersatz der fehlenden Harnröhre bei der Hypospadia peno-scrotalis durch Blasenschleimhaut. S. 627.

An Hand eines Falles bespricht Verf., unterstützt von zahlreichen Abbildungen, den Verlauf der im Titel angegebenen Operationsmethode.

Oelsner, G.-Berlin: Zur Behandlung der Prostatahypertrophie. S. 638.

Bei der immer noch hohen Mortalität durch die Operation tritt Verf. für eine konservative Behandlung ein. Regelmäßiger Katheterismus und Blasenspülungen sind für die Mehrzahl der Prostatiker die Methode der Wahl.

Digitized by Google

Barreau, E.-Berlin: Wie weit dürfen wir bei der operativen Reduktion des Nierenparenchyms gehen? S. 645.

Klinische und experimentelle Erfahrungen geben dem Verf. zu folgendem Resultate Veranlassung. Bei der Tuberkulose soll man möglichst konservativ operieren, falls man den Herd in toto entfernen kann. Operationen an beiden Nieren sollen möglichst zweizeitig ausgeführt werden, und es soll zwischen beiden Operationen mindestens ein Zeitraum von 4—6 Wochen bleiben, damit sich kompensatorische Hypertrophie voll ausbilden kann. Bei der einzeitigen Operation hängt viel von dem Grade der Zerstörung der am schwersten betroffenen Niere ab, da sich hierauf wiederum die Ausbildung der kompensatorischen Hypertrophie aufbaut.

Ries, K.-Stuttgart: Über einen Fall von Perforationsperitonitis durch Blasenstein. S. 651.

Besprechung eines einschlägigen Falles.

Picard, E.-Berlin: Die endovesikale Behandlung der Incontinentia urinae beim Weibe. S. 654.

Verf. hat in Fällen von Inkontinenz bei der Frau eine Behandlung mittels Elektrokoagulation des unteren und oberen Sphinkterrandes vorgenommen, indem in jede Seite 1—2 Längsschorfe gesetzt wurden. Das Ergebnis war ein außerordentlich zufriedenstellendes, so daß Verf. rät, diese einfache und in Lokalanästhesie ausführbare Methode zu versuchen, ehe man eingreifendere Operationen vornimmt.

Karo, W.-Berlin: Pyelonephritis ascendens abscedens. S. 657.

Kritische Besprechung eines einschlägigen Falles mit Heranziehung der histologischen Untersuchung.

Werboff, S.-Berlin: Erfahrungen und Resultate der Blasensteinbehandlung. S. 661.

An Hand des Materials der Casperschen Klinik zeigt Verf. zur Behandlung der Blasensteine den Vorteil der Lithotripsie gegenüber der Lithotomie. Pat. mit chronischer Infektion der Harnwege und schlechter Nierenfunktion bedürfen einer exakten Vorbehandlung. Als Kontraindikation sind Fälle mit am Blasenhals sitzenden Divertikeln zu betrachten.

Dreyer, A.-Köln: Über Reflexurethritis. S. 668.

Verf. beschreibt vier Fälle von Urethritis, die bei Pat. aufgetreten sind, die an juckenden Hautaffektionen in der Nähe der Geschlechtsteile litten (einmal Scabies, dreimal Pediculosis pubis). Nach Abheilung des Hautleidens verschwand in zwei Fällen die Urethritis ohne Behandlung, bei einem klang sie nach einigen Wochen ab, der vierte wurde nicht zu Ende beobachtet. Verf. nimmt zur Erklärung einen reflektorischen Einfluß infolge des starken Juckens an.

1929, Bd. 23, H. 8

Lurz, L.-Heidelberg: Über ein Zeichen der Nierentuberkulose. S. 673.

Beschreibung eines Symptoms, das darin besteht, daß die Harnleitermündung der kranken Seite bei tiefem Eindrücken der seitlichen Bauchdecken nach oben ausgezogen wird. Dieses Zeichen ist beim Übergreifen des Prozesses auf den Harnleiter stets positiv und absolut für das Vorhandensein einer Nierentuberkulose beweisend. Häufig ist es frühzeitig feststellbar. In den untersuchten 83 Fällen von Nierentuberkulose war es in 95% positiv.

Gorowitz, P.-Odessa: Über Strikturen der weiblichen Harnröhre. S. 675.

Zusammenfassende Darstellung des Themas bezüglich Ätiologie, Diagnose und Therapie ohne wesentlich neue Gesichtspunkte.

Dózsa, E.-Budapest: Über die Hämoglobinurie, mit besonderer Berücksichtigung der paroxysmalen Hämoglobinurie. S. 687.

Verf. bespricht die verschiedenen ätiologischen Möglichkeiten der Hämoglobinurie. Die paroxysmale Hämoglobinurie betrachtet er als ein im wesentlichen metasyphilitisches Krankheitbild und führt dafür einige Belege an. Es soll dabei das Blut ein spezifisches, thermolabiles Hämolysin latent enthalten, das beim Abkühlen des Blutes und bei der nachherigen Erhöhung auf Körpertemperatur sich aktiviert und den hämoglobinurischen Anfall auslöst. Die Ursache für die Seltenheit des Krankheitsbildes bei der Häufigkeit der Lues ist unbekannt.

Schneider, C.-Brückenau: Ein Führungszystoskop. S. 697.

Beschreibung eines Zystokops, das unter Führung eines vorausgehenden Ureterkatheters in die Blase eingeführt wird. Das Leitungsbougie kann nach Einführung des

Digitized by Google

Zystoskops in die Blase zurückgezogen werden und stört die Blasen- oder Nierenuntersuchung in keiner Weise.

Owtschinnikov, Nik., u. I. Schischov-Moskau: Die Geschlechtsbestimmung auf Grund der Blutreaktion. (Die Manoilovsche Reaktion RM.) S. 701.

Wenngleich die Reaktion RM, die von den Verff. eingehend beschrieben wird, keine 100% sicheren Resultate liefern kann, so gibt sie doch in vielen Fällen richtige Antworten. Immerhin bedarf sie für praktische Zwecke noch eines weiteren theoretischen und praktischen Ausbaues.

Mühlpfordt, H.-Allenstein: Wie lange können Gonokokken im Mastdarm virulent bleiben? S. 711.

Verf. beschreibt einen Fall, in dem Gonokokken im Mastdarm $2^1/_4$ Jahre virulent blieben und zu einer Infektion des Partners führten, ohne daß die Trägerin irgend welche Krankheitsbeschwerden bei sich bemerkt hatte.

v. Adler-Rácz, A.-Budapest: Über Magen-Darmstörungen nach Nierenoperationen. S. 713.

Es können im Anschluß an Nierenoperationen die mannigfaltigsten leichteren Darmstörungen vorkommen, gelegentlich aber auch schwerer bis zum Tode führender paralytischer Ileus. Es muß daher bei jeder Nierenoperation auch auf diesen Gesichtspunkt einer möglichen Darmkomplikation geachtet werden.

1929, Bd. 23, H. 9

Schüppel, A.-Altona: Zur Therapie der Hypospadia perinealis. S. 753.

Unter Anführung zahlreicher Abbildungen genaue Schilderung der Operationstechnik.

Tjomkin, I. S.-Moskau: Zur Kasuistik der Prostatasarkome. S. 762.

Beschreibung zweier Fälle, die zunächst unter den Erscheinungen einer eitrigen Prostatitis verliefen. In beiden Fällen handelte es sich um Erwachsene, während in der Mehrzahl diese Affektion bei Kindern beobachtet wird. Die Radikalbehandlung ist vorläufig sehr unbefriedigend.

Hennig, O.-Halle: Die praktische Bedeutung der Stumpfwinkeloptik des Blasenspiegels. S. 766.

Durch die Einführung der Stumpfwinkeloptik ist eine bessere Ausnutzung der Zystoskopie möglich, so daß man wieder eine „lückenlose Zystoskopie" vornehmen kann.

Minder, J.-Zürich: Blasensteinbildung bei Urogenitaltuberkulose. S. 767.

An und für sich prädestiniert eine Steinniere nicht zu einer tuberkulösen Nierenerkrankung und umgekehrt eine Nierentuberkulose nicht zu einer Steinerkrankung. Es besteht zwischen beiden nur insofern ein Zusammenhang, als jede Entzündung oder Infektion die Weiterentwicklung eines anderen gleichzeitigen pathologischen Prozesses beschleunigt.

Dózsa, E.-Budapest: Um eine Haarnadel gebildeter Pfeifenstein in der Blase. S. 776.

Beschreibung eines Falles unter Anführung zweier einschlägiger Bilder.

Günther, H.-Leipzig: Die Sexualdisposition bei Erkrankungen der Harnorgane. S. 778.

Das bisher vorliegende Material ermöglicht noch nicht, eine zuverlässige Gesetzmäßigkeit für die Sexualdisposition bei Erkrankungen der Harnorgane aufzustellen. Zu Erkrankungen der ableitenden Harnwege scheinen Frauen mehr disponiert zu sein, während die Männer mehr zu Erkrankungen des arteriellen Systems und somit auch der Glomeruli neigen. Zur genaueren Erforschung wird die Anlegung zuverlässiger Statistiken empfohlen.

1929, Bd. 23, H. 10

Hennig, O.-Halle: Ein Ureterkatheterschieber; zum Vorschieben von Ureterkathetern im Zystoskop. S. 833.

Beschreibung des obigen Instrumentes.

Schmidt, A.-Budapest: Über Autonephrektomie der Nierentuberkulose. S. 834.

Auch die abgeschlossene tuberkulöse Niere ist radikal zu entfernen, da man einen so großen tuberkulösen Herd im Organismus nicht sich selbst überlassen kann.

Zeiss, L.-Berlin: Klinischer Beitrag zum Krankheitsbilde der nervösen Blasen- und Harnleiteratonie. S. 839.

Verf. beschreibt eingehend einen Fall, in dem im Anschluß an eine infektiöse Myelitis sich im Laufe von 15 Jahren ein schweres Krankheitsbild herausgebildet hat.

Digitized by Google

Dieses bestand in einer Zystitis mit dem bei Frauen seltenen Blasenstein. Es fand sich als Hauptbefund eine Blasenparese mit infiziertem Restharn, Insuffizienz des linksseitigen Harnleiterverschlusses, hochgradige Atonie und Dilatation des linken Ureters, Kolipyelonephritis links und funktionelle Wertlosigkeit der linken Niere. Es steht außer Frage, daß der ganze Krankheitskomplex auf die 15 Jahre vorher durchgemachte infektiöse Myelititis zurückzuführen ist.

Hegedüs, K.-Budapest: Nephrektomie wegen rechtsseitiger Nierentuberkulose. Nach 3 Monaten völlige Anurie. Dekapsulation der restierenden Niere. Heilung. S. 847.

Inhalt im Titel wiedergegeben.

Smirnoff, O. L.-Kiew: Varicocele sinistra idiopathica. S. 850.

Verf. gibt eine eingehende Schilderung der anatomischen und physiologischen Grundlagen für die Ausbildung der namentlich linksseitig auftretenden idiopathischen Varikozele.

Walter, H. W. E.-New Orleans: Unsere Erfahrungen mit den modernen Farbstoffpräparaten, insbesondere dem Pyridium, bei der Antisepsis der Urogenitalwege. S. 859.

Wenn mit den Farbstoffen auch nicht in jedem Falle eine sichere Heilung zu erzielen ist, so dürfte mit dieser Therapie doch ein sehr aussichtsreicher Anfang für einen neuen Behandlungsweg beschritten werden. Wo die Farbstoffbehandlung nicht bald einen Erfolg erkennen läßt, empfiehlt es sich, zu anderen Methoden überzugehen.

Schöndube, W.-Frankfurt a. M.: Über die Hypophysintherapie des Nieren- und Uretersteins (mit einigen Beobachtungen über die Motilität des menschlichen Ureters). S. 865.

Die Hypophysintherapie ist eine wertvolle Unterstützung zur Geburt von Nieren- und Uretersteinen. Von 21 Fällen erfolgte in 50% die Steingeburt durch die Kombination von Hypophysin und anderen Maßnahmen. Eine Kolik muß nicht auftreten, beweist aber stets das Vorhandensein starker Kontraktionen. Am zweckmäßigsten ist es, die Hypophysintherapie mit Flüssigkeitsstößen mehrere Stunden oder am Tage nach der Behandlung zu verbinden. Anästhesie des Ureters oder Parasakralanästhesie hindert nicht die Wirkung des Hypophysenpräparates. Atropin hemmt die Wirkung, desgleichen Morphium.

Rüder, F. B.-Barmbeck-Hamburg: Ein neuer Zystoskophalter. S. 890.

Beschreibung des oben angeführten Instrumentes unter Beibringung zweier instruktiver Bilder.

Hryntschak, Th.-Wien: Studien zur röntgenologischen Darstellung von Nierenparenchym und Nierenbecken auf intravenösem Wege. S. 893.

An Hand zahlreicher Abbildungen Beschreibung der auf den im Titel genannten Gebieten gemachten Versuche. Die Resultate sind noch nicht derartig befriedigend, daß die Methode auf den Menschen übertragen werden kann. E. Langer-Berlin.

Mitteilungen aus der Literatur

Haare und Nägel

Fonseca, O. de, u. A. E. de Area Leao: Sur les Champignons de la piedra brésilienne (Über die Pilze der brasilianischen Piedra). Compt. rend. Soc. Biol., Bd. 100, Nr. 11. S. 935.

Der Erreger der brasilianischen Piedra ist auf Grund besonderer Eigentümlichkeiten (Bildung von sog. Zysten, die eine gewisse Zahl fusiformer, wimperntragender Elemente enthalten) als Trichosporon hortai von dem als Trichosporon giganteum bekannten Erreger der kolumbischen abgetrennt worden. Die Kulturen beider sind voneinander verschieden, indessen kann man beiderlei Kulturen von demselben Piedrafall erhalten. Auf Grund der fusiformen Sporen und der Kultur des Pilzes der brasilianischen Piedra betrachten Verff. diese als eine besondere Art, die sie als Piedraia bezeichnen, ihren Keim als Piedraia hortai. E. Levin-Berlin.

Digitized by Google

Dermatomykosen

Biltris, R.: Sur la variabilité des caractères de l'espèce chez les dermatophytes (Über die Variabilität des Artcharakters der Hautpilze). Ann. Inst. Pasteur Bd. 43, Nr. 3, S. 281.

Eine sehr eingehende Studie über die Variabilität der Hautpilze, zu der ein dem Trich. gyps. asteroides nahestehender Hautpilz Veranlassung gab. Auf Grund seiner Ausführungen, die wegen vieler Einzelheiten im Original eingesehen werden müssen, kommt Verf. zu dem Schluß, daß die Doktrin über die Pluralität der Trichophytonarten in ihrer klassischen Form nicht mehr aufrechterhalten werden kann. Diese Untersuchungen lassen in der Zukunft eine Klassifikation erwarten, die eine große Vereinfachung derselben und eine beträchtliche Verringerung der jetzt bestehenden Trichophytonarten herbeiführen soll. Unter den Faktoren, die die Erscheinung der Variabilität in erster Linie beeinflussen, spielt die pH-Konzentration eine hervorragende Rolle. Es ist sehr wahrscheinlich, daß die Hypothese von Matruchot und Dassonville, auf deren Grund die Dermatophyten mit den Gymnoasceae eng verwandt sind, bestätigt werden wird: der vom Verf. untersuchte Trichophytonstamm bildete Aszi in Abwesenheit von Perithezium. T. Benedek-Leipzig.

Catanei, A.: Sur le pouvoir pathogène des Trichophyton violaceum et glabrum pour les animaux (Über die Pathogenität von Trychophyton violaceum und glabrum für Tiere). Compt. rend. Soc. Biol., Bd. 100, Nr. 13, S. 1108.

Tr. violaceum und glabrum können auf Tiere übertragen werden. Mit ersterem Pilz war dem Verf. die Übertragung bereits früher bei Affen, Hund und Katze gelungen; ferner wurden jetzt Kulturen von Tr. glabrum auf Meerschweinchen übertragen. Es fand sich dabei eine mit feinen trockenen und weißen Schuppen bedeckte Efflureszenz, kein Erythem. Einige Haare können ausfallen, die Stelle wird aber nicht kahl. Das erkrankte Haar zeigt den Pilz in Endothrixform, die Morphologie gleicht der des Tr. violaceum, die Zahl der ergriffenen Haare ist eine verhältnismäßig große. E. Levin-Berlin.

Wilenczyk, A.: Sur la formation des asques mûrs dans les Teignes (Über die Bildung reifer Schläuche bei Trichophytie). Compt. rend. Soc. Biol., Bd. 100, Nr. 13, S. 1145.

Bisher konnte die Bildung reifer Schläuche in den Kulturen erst nach sehr langer Zeit erhalten werden, wenn eine Austrocknung eintrat. Um eine solche schneller zu erzielen, wird ein Verfahren beschrieben, bei dem kleine Stückchen der Kultur abgetrennt und an der Wand eines Röhrchens weiter gezüchtet werden. Schon sehr bald entwickeln sich hierbei ungefärbte runde oder ovale Körper, die in mehrere Zellen geteilt sind; in einigen von ihnen finden sich auch Sporen. In diesem Stadium ist Übertragung auf weitere Röhrchen bei geringerer Temperatur erforderlich; sie nehmen dann eine gelbe Farbe an, und es kann keine Frage sein, daß es sich um Asken handelt. E. Levin-Berlin.

Salzmann, C.-Zürich: Ein Beitrag zur Behandlung der Dermatomykosen. Schweiz. m. W., 1929, Nr. 32, S. 819.

Bei verschiedenen Formen mykotischer Hautaffektionen wurden gute Erfolge erzielt durch Betupfen der Stellen mit Acid. acet. glacial. mit nachfolgender Puderung oder Bedecken mit einem leichten Salbenverbande. Es bilden sich leicht ablösbare Schuppen, worauf das Betupfen wiederholt wird, bis zur Heilung, die schnell ohne Narben, Pigmentanhäufung oder Pigmentverschiebung erfolgt. Es ist darauf zu achten, daß keine Säurereste zurückbleiben, die tiefere Ätzungen verursachen können. E. Levin-Berlin.

Beloussova, A. I.: Technique pour les recherches microbiologiques dans les dermatoses parasitaires. Microbe isolé de cas d'eczémas bénins (Bacillus eczematicus) (Technik für mikrobiologische Untersuchungen bei parasitären Dermatosen. Ein von Fällen gutartigen Ekzems isolierter Keim [Bacillus eczematicus]). Compt. rend. Soc. Biol., Bd. 101, Nr. 21, S. 515.

Um das Überwuchern banaler Keime über die pathogenen zu verhindern, wird empfohlen, die zu untersuchenden Läsionen mit Benzin, Alkohol, Äther zu reinigen und die abgeschabten Massen in ein steriles Röhrchen zu geben unter Zusatz von 2 ccm frisch bereiteter 2%iger Antiforminlösung in physiologischer Kochsalzlösung. In Abständen von ½, 1, 2, 3 Stunden wird der Inhalt der Röhrchen auf gewöhnliche und auf 3% Glyzerin enthaltende Bouillon übertragen und bei 37° im B...

Digitized by Google

hrank gehalten. Mit Hilfe dieser Methode konnte von Fällen von gutartigem kzem ein besonderer Keim gezüchtet werden, der zur Gruppe des B. mesentericus ber gehört; er bildet in diesen Fällen Sporen, was bei Züchtung von schweren ällen nicht der Fall ist, hier enthalten die Kolonien Bakteriophagen. Der ausschließlich in ekzematösen Läsionen anzutreffende Keim wird als B. eczematicus, ypus I und II bezeichnet, diese können bei geeigneten Kulturbedingungen ineinander übergehen. Einspritzungen lebender Kulturen, Toxine, abgetöteter Mikrobenörper rufen beim Kaninchen, Meerschweinchen, weißer Maus und besonders beim chwein nach Inkubation von 3 Wochen Hauterscheinungen hervor, die durch rausgegangene Schädigung der Haut durch Wasser begünstigt werden. Immunierung findet nicht statt. E. Levin-Berlin.

Wilenczyk, A.: Sur la formation d'asques chez l'Epidermophyton (Über die ildung von Schläuchen bei Epidermophyton). Compt. rend. Soc. Biol., Bd. 101, Nr. 21, 593.

Von einem Fall von Mykose am Skrotum wurde ein Pilz mit von den sonst fundenen abweichenden Eigenschaften gezüchtet. Sehr langsame Entwicklung auf abouraudscher Gelatine, erst nach 2 Wochen radiär geteilte Kultur. Sie ist im nfang gelb, dann bald tief grün gefärbt und bedeckt sich mit einem weißen Flaum. ei Untersuchung im hängenden Tropfen zeigt die Kultur keine Konidien, nach —10 Tagen entwickeln sich jedoch an der Peripherie septierte Spindeln. Bei weiterer üchtung bildete der Pilz dunkle runde oder längliche, im Inneren Sporen beherergende Körper, die vollkommen den bei Trichophyton und Achorion Schönlein schriebenen Schläuchen glichen. E. Levin-Berlin.

Seitz, J.: Zur Morphologie aerober Aktinomyzeten. Schweiz. m. W., 1929, r. 30. S. 768.

Die Gruppe der Strahlenpilze zeigt den größten Formenreichtum ihrer Arten, ie Beobachtungen der einzelnen Untersucher weichen weitgehend voneinander ab. us dem Sputum eines Streptokokken-Pneumonie-Patienten wurde ein aerober Stamm oliert, der Wachstum auf allen üblichen Nährböden, besonders reichlich auf Blutnd Aszitesagar bei Brut- und Zimmertemperatur, ausgesprochenes Sauerbedürfnis igte. Gelatine und Löfflerserum verflüssigte; in Bouillon Oberflächenwachstum, ülich gerinnt und peptonisiert. Farbe der Kolonien je nach Alter und Nährboden n weiß über hellgelb bis braun. An der Oberfläche der Kolonien „Verkreidung", s auch als „Bildung von Luftsporen" bezeichnete Vorgang, der mikroskopisch die rschiedensten morphologischen Gebilde zeigt, die sich auf frischen Nährböden ieler zu charakteristischen Fäden auswachsen. Die Entstehung dieser Dauerrmen ist, wenn man sie als Sporen auffaßt, eine ungewöhnliche.

E. Levin-Berlin.

Tierische Parasiten und Fremdkörper

Wright, W. A.-Grenora: Creeping Eruption (Ein Fall von Creeping Eruption in orth Dakota). J. Am. m. Ass., Bd. 92, Nr. 12. S. 980.

Verf. berichtet von einem der seltenen Fälle von Creeping Eruption, die durch en Gastrophilus intestinalis hervorgerufen wird. Er konnte die Larve aus der Haut icht isolieren. P. Seier, Heidelberg.

Stewart, M. A.-Houston-Texas: A Case of Dermal Myiasis (Ein Fall von Hautyiasis). J. Am. m. Ass., Bd. 92, Nr. 10, S. 798.

Die Veränderung wurde durch die Larve von Phormia regina Meig. hervorerufen, die nur sehr selten festgestellt wurde. Der Fall betraf eine 25jährige ägerin, die auf dem Kopf eine Entzündung aufwies, die auf die Ohren übergriff. Diese Dermatitis war durch Arsphenaminüberdosierung hervorgerufen. Im Verlaufe er Krankenhausbehandlung trat unter dem abschließenden Verbande des Kopfes in unerträglicher Juckreiz auf. Nach Abnahme des Verbandes stellte sich heraus, aß sich eine Unmasse Fliegenlarven darunter entwickelt hatte. Eine kurze Biologie er Larven ist angeschlossen. P. Seier-Heidelberg.

Akute exanthematische Infektionskrankheiten

Glanzmann, E.-Bern: Röteln und Drüsenfieber (Benigne Lymphoblastosen). chweiz. m. W., 1929, Nr. 17, S. 445.

Von den übrigen akuten Exanthemen unterscheiden sich die Rubeolen durch

Digitized by Google

die Schwellung fast sämtlicher peripherer Lymphdrüsen. In Epidemiezeiten kommen bei Kindern, die einer Rötelnansteckungsgefahr ausgesetzt waren, Drüsenschwellungen vor, ohne daß es zu einem Exanthem kommt. Neben diesen ohne Exanthem nur mit Lymphdrüsenschwellung einhergehenden Rötelfällen gibt es ein essentielles Drüsenfieber, bei dem sämtliche peripheren Drüsen geschwollen sind. Häufig sind die Drüsenpakete druckschmerzhaft. Je nach den Erscheinungen kann man unterscheiden einen septischen Typ, einen anginösen, einen pharyngealen, einen abdominalen und einen schleichenden Typ; bei letzterem ist der Verlauf fieberlos, bei leicht schmerzhaften generalisierten Drüsenschwellungen. Im Unterschied zu den Röteln sind beim Drüsenfieber zuweilen auch die Achselhöhlen- und Leistendrüsen stark geschwollen und druckschmerzhaft. Erweichung und Vereiterung wird bei beiden Krankheiten nicht beobachtet. F. Landauer-Berlin.

Ferry, N. S.-Detroit: Etiology and Spezific Treatment of Measles (Ätiologie und spezifische Behandlung der Masern). Am. J. Child. Diss., 1929, Bd. 37, Nr. 3, S. 573.

Bei einer schweren Masernepidemie in Detroit wurde aus dem Blute frischer schwerkranker Fälle ein Streptokokkus von der Viridansart in Reinkultur gezüchtet, der als Streptococcus morbilli bezeichnet wird. Für seine spezifische Natur spricht die Tatsache, daß ein bei seinem Wachstum in flüssigen Nährböden gebildetes Toxin bei intrakutaner Einspritzung bei Personen ohne Masernanamnese großenteils positive, bei solchen mit Masernanamnese negative Reaktion gibt. Durch Masernrekonvaleszentenserum wird es neutralisiert, ebenso durch ein von Tieren durch Einspritzung des Toxins gewonnenes Antitoxin. Der Str. morbilli wird in 86,7% durch Masernrekonvaleszentenserum agglutiniert. Durch Immunisierung von Pferden gewonnenes Antitoxin scheint prophylaktisch zu wirken. E. Levin-Berlin.

Peters, B. A., u. S. F. Allison: Intranasal Immunisation Against Scarlet Fever (Intranasale Immunisierung gegen Scharlach). Lancet, Nr. 5516, S. 1035.

Da viele Menschen eine Abneigung gegen subkutane Injektionen haben und die Reaktionen nach Scharlachtoxin entschieden unangenehm sind, suchten Peters und Allison eine Immunisierung gegen Scharlach durch Einbringen des Scharlachtoxins auf die Nasenschleimhaut hervorzurufen. Das Krankenmaterial waren Fälle der Diphtherieabteilung, die auf Dicktest stark positiv reagierten. Vor der Applikation des Toxins Nasenspray mit 1%iger Lösung von Natriumtaurocholat zur Unterstützung der Absorption; dann Spray mit dem Scharlachtoxin, Stärke B, von Burroughs Wollome (5000 Hauttestdosen auf 1 ccm). Diese Sprayapplikation führt nicht zu einer lokalen Gewebsimmunität, sondern es muß sich eine allgemeine antitoxische Immunität bilden, bevor der Patient immun ist. Während der Untersuchungsperiode kamen nur zwei kleine Epidemien von Scharlach auf einer aus 40 Erwachsenen bestehenden Diphtheriestation vor. Einer der Fälle verlief so mild, daß man eher an eine allergische Reaktion als an wahren Scharlach hätte denken können. Verff. wollen in Zukunft ein stärkeres Toxin und nur einmalige Sprühbehandlung in der Woche anwenden. F. Juliusberg-Braunschweig.

Herzberg, K.-Düsseldorf: Neue bakteriologische Befunde beim Scharlach. 1. Über sauerstoffscheue gramnegative Mikrokokken des Rachens. 2. Antikörper gegen Syzygiokokken im Blut Scharlachkranker. Zbl. f. Bakt., Bd. 111, H. 6/8, S. 373.

Verf. beschreibt einen bisher unbekannten gramnegativen Mikrokokkus, der am besten bei einem Luftdruck von 20—40 mm Hg (gemessen bei 18° C) wächst und dem Micrococcus gasogenes alcalescens anaerobins von Lewkowicz nahesteht. Er ließ sich bei der Untersuchung von 159 Rachenabstrichen verschiedener Herkunft bei Scharlachkranken regelmäßig, bei anderen Krankheiten in 30% isolieren. Wegen seiner wahrscheinlich aktiven Mitbeteiligung beim Scharlach wird die Bezeichnung Micrococcus sycygios. scarlat. vorgeschlagen. Das Serum scharlachkranker Kinder agglutiniert bereits am zweiten Exanthemtag eine Syzygiokokkenkultur in der Verdünnung 1:200. Kulturfiltrate rufen in der Verdünnung 1:100 intrakutan injiziert eine Hautrötung hervor, die durch Scharlachrekonvaleszentenserum aufgehoben wird, nicht dagegen durch menschliches Normalserum oder Scharlachserum der Behring-Werke. F. Harry-Wiesbaden.

Hu, C. K.-Peping: Dermatitis Gangrenosa Infantum with Salmonella Suipestifer Bacteriemia (Dermatitis gagraenosa infantum mit Bakteriämie [Salmonells suipestifer]). Nat. Med. J. China, Bd. 15, Nr. 2, S. 149.

Verf. gibt zunächst einen Überblick über die Literatur der seltenen Erkrankung

Digitized by Google

on der meist Kinder unter 3 Jahren befallen werden. Im vorliegenden Fall han-elt es sich um einen 25 Monate alten Knaben, der 3 Wochen vor der Einlieferung ochfieberhaft erkrankte. Vor 10 Tagen bildeten sich an verschiedenen Körperstellen läschen mit blutig-serösem Inhalt, schnelle Vergrößerung auf 0,5—2,0 cm Durch-nesser, dann Eintrocknung und Bildung von Ulzerationen mit üblem Geruch. Fami-enanamnese o. B. Schwere Allgemeinerkrankung mit Bronchopneumonie. Blut-ultur ergibt Anwesenheit von Salmonella suipestifer, ein außerordentlich seltener efund. Exitus 3 Wochen nach Einlieferung ins Spital.

H. Th. Hinrichs-Halberstadt.

Sacquépée, E., M. Liégeois u. J. Fricker: Sur l'agglutination des Streptocoques carlatineux et chirurgicaux (Über Agglutinierung chirurgischer und Scharlach-Strepto-okken). Compt. rend. Soc. Biol., Bd. 101, Nr. 21, S. 559.

Die Versuche, die an Stämmen chirurgischer und Scharlachstreptokokken mit on Scharlachrekonvaleszentenserum und Serum von mit verschiedenen Stämmen xperimentell infizierten Kaninchen vorgenommen wurde, gestatten keine scharfe rennung zwischen chirurgischen und Scharlachstreptokokken. E. Levin-Berlin.

Jacobsohn, G., I. Jundell u. N. Lönberg-Stockholm: Einige weitere Versuche ur aktiven Immunisierung gegen Scharlach. (Pädiatr. Klin. d. Karolinschen Inst. allg. Kinderh.) Acta med. Skand. (Stockholm), Bd. 71, H. 1/2, S. 38.

Verff. geben einen Überblick über die bisher geübten aktiven Immunisierungs-erfahren. Zur Zeit scheint ihnen die beste Methode die Impfung mit 3 Injektionen u 100, 200 und 400 Einheiten. Als Anfangsdosis darf 150 nicht überschritten wer-en, wenn man unangenehme Begleiterscheinungen vermeiden will. Dagegen kann an unter Einhaltung dieser Initialdosis ruhig die zweite Dosis auf 400 und die ritte auf 1000—1200 erhöhen. Es gelingt bei einer größeren Zahl dieser Ge-impften die positive Dickprobe in eine negative zu verwandeln. Da nun unter den Dicknegativen eine erheblich geringere Morbiditätsziffer festzustellen ist, empfiehlt s sich durchaus, bei Ausbruch einer Scharlachepidemie eine größere Anzahl Gefähr-deter dieser aktiven Immunisierung zu unterziehen, um somit einen, wenn auch nicht langdauernden Schutz zu erreichen. (4 Tabellen.) H. Colman-Berlin.

Grunke, W.-Halle: Über die allergische Natur des Dick-Toxins. (Med. Kl. d. Univ.) Med. Kl., 1929, Nr. 33, S. 1279.

Über die Natur des von den Scharlachstreptokokken gebildeten Toxins, des og. Dicktoxins, gehen die Ansichten noch auseinander, indem es von manchen zu den primären, von anderen zu den sekundären Toxinen gerechnet wird, so daß dann die dadurch hervorgerufene Reaktion als allergische aufzufassen wäre. Für die etztere Anschauung sprechen Versuche, in denen es gelang, an der Haut dicknega-iver Personen durch voraufgegangene Einspritzung mit Serum dickpositiver eine Toxinempfindlichkeit zu erzeugen. Diese äußerte sich durch starke Hautentzün-dungen nach an derselben Stelle erfolgter Einspritzung von Dicktoxin. Kontrollen an Stellen, an denen Serum dicknegativer Personen eingespritzt worden war, fielen egativ aus, ebenso bei Personen, die nur mit Serum dicknegativer Menschen vor-behandelt worden waren. Das Maximum der Reaktion wurde in Übereinstimmung mit der Reaktion nach 20—24 Stunden erreicht. Wenn auch der positive Erfolg nur in einer verhältnismäßig kleinen Zahl von Fällen eintrat, muß er doch als spe-zifisch angesehen werden. E. Levin-Berlin.

Debré, R., u. G. Ramon: Essais d'immunisation de l'Homme au moyen d'une natoxine du Streptocoque scarlatineux (Versuche einer Immunisierung des Menschen durch ein Anatoxin des Scharlach-Streptokokkus). Compt. rend. Soc. Biol., Bd. 101, Nr. 25. S. 1035.

Das Anatoxin wurde von Filtraten von Scharlach von Scharlachstreptokokken-ulturen erhalten, die nach Zusatz von Formol einen Monat im Brutschrank gehalten orden waren und sich in der Flockungsprobe mit Serum von Pferden, die mit sub-utanen Einspritzungen von Bouillonkulturen von Scharlachstreptokokken behandelt orden waren, wirksam gezeigt hatten. Eine spezifische Toxizität war nicht vor-anden. Mit dem Anatoxin wurden dickpositive Personen in zwei- bis dreiwöchigem bstande dreimal mit steigender Dosis gespritzt; sie wurden danach großenteils dick-egativ. Die örtlichen und allgemeinen Reaktionen waren dabei ganz gering, nur in mit einem geringeren Zusatz von Formol bereitetes Anatoxin rief stärkere Intoxi-ationserscheinungen hervor. E. Levin-Berlin.

Digitized by Google

Massey, A., u. Gladys Russel: A Case of Cutaneous Diphteria as the Cause of an Outbreak (Ein Fall von Hautdiphtherie als Ursache des Auftretens einer Epidemie). Brit. m. J., 1929, Nr. 3569, S. 992.

In einem Kinderhospital erkrankte eine Pflegerin an Angina diphtherica und anschließend daran an einer diphtherischen Infektion einer kleinen intertriginösen Stelle hinterm Ohr. Klinisch bot dieses Gebiet keine Zeichen einer diphtherischen Infektion, und erst im weiteren Verlauf wurde das Vorhandensein von Diphtheriebazillen darin erkannt. Mit negativem Rachenbefund als genesen aus dem Isolierungshospital entlassen, scheint Pat. sechs andere Pflegerinnen infiziert zu haben, von denen drei klinisch und die anderen drei bakteriologisch als ergriffen nachgewiesen wurden. A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Otto, R., u. G. Blumenthal-Berlin: Beitrag zur aktiven Immunisierung gegen Diphtherie. (Inst. „Robert Koch".) D. m. W., 1929, Nr. 30, S. 1243.

Tierversuche ergaben, daß die einmalige Impfung mit den in Berlin benutzten Impfstoffen (T. A. Höchst und T. A. F. Behring-Werke) nur mäßige Antitoxinwerte liefert. Durch eine zweite Impfung wurde der Antitoxingehalt auf das Mehrfache gesteigert und erreichte nach der dritten Injektion den 20—30fachen Wert. Die Erfahrungen im Ausland zeigen, daß es zweckmäßiger wäre, unterneutralisierte Präparate bzw. entsprechend abgeschwächte Formoltoxine an Stelle der neutralen Gemische zu verwenden. F. Harry-Wiesbaden.

Loir, A.: La dernière campagne de vaccination contre la variole an Havre (Der letzte Impf-Feldzug gegen die Pocken in le Havre). Bull. de l'Acad. de Méd., 1929, Bd. 102, Nr. 28, S. 79.

Infolge der zahlreichen in England vorgekommenen Pockenfälle wurden in großem Umfange Impfungen vorgenommen, besonders auch bei zu Schiff von England ankommenden Personen, soweit sie nicht Bescheinigungen über bereits erfolgte Impfungen mitbrachten. Bei diesen zeigten sich oft sehr starke Reaktionen.

E. Levin-Berlin.

Gans, O.-Heidelberg: Zur Ätiologie der postvakzinalen Exantheme. (Univ.-Hautkl.) Kl. W., 1929, Nr. 31, S. 1444.

Auf Grund des histologisch gelungenen Nachweises von den Guarnierischen entsprechenden Einschlußkörperchen in den Primärbläschen des Exanthems (Typ Erythema exsud. multif.) bei einem 1 Jahre alten Erstimpfling schließt Verf., daß es sich in seinem Falle um eine Generalisation des Vakzineerregers gehandelt haben muß. Damit sind auf Grund einer objektiven Feststellung Annahmen bestätigt, die zwar von verschiedensten Seiten erwogen, bisher zwingend jedoch nicht bewiesen werden konnten. O. Gans-Heidelberg.

Dévé, F.: Un cas normand d'encéphalite post-vaccinale (Ein Fall von postvakzinaler Enzephalitis in der Normandie). Bull. de l'Acad. de Méd., 1929, Bd. 102, Nr. 26, S. 25.

Die Fälle postvakzinaler Enzephalitis sind bisher in Frankreich selten. Der in Rouen beobachtete Fall betraf einen 8jährigen Knaben, der zuvor im Alter von 3 Monaten ohne Erfolg geimpft worden war. Nach starker örtlicher Reaktion entwickelte sich eine schwere Enzephalitis, die jedoch in Heilung überging. Es erscheint wahrscheinlich, daß sie direkt vakzinaler Natur war. Derartige Fälle sprechen nicht gegen die Impfung als solche, vielmehr für die Forderung, bei erfolgloser Impfung in der frühen Kindheit nach kurzer Zeit die Impfung zu wiederholen.

E. Levin-Berlin.

Nettes, A.: Encéphalite post-vaccinale on encéphalite vaccinale (Postvakzinal- oder Vakzine-Enzephalitis). Bull. de l'Acad. de Méd., 1929, Bd. 102, Nr. 26, S. 30.

Klinische und experimentelle Beobachtungen sprechen dafür, daß es sich um ein direktes Eindringen des Vakzinevirus in das Gehirn handelt, das hier infolge der abwehrenden Autosterilisierung nicht regelmäßig gefunden wird. Zur Entwicklung ist ein günstiges Terrain erforderlich; ferner auch eine besonders starke Lymphe.

E. Levin-Berlin.

Bijl, J. P., u. H. S. Frenkel-Utrecht: Experimentelle Untersuchungen über Encephalitis postvaccinatoria. (Centrallabor. v. d. volksgezondheid.) Zbl. f. Bakt., Bd. 112, H. 6/8, S. 412.

Nach kutaner Impfung mit Neurovakzine können in den verschiedenen Organen Miliarherde entstehen. Vakzinevirus wurde in den Organen, im Blut, blutleeren Gehirn und in miliaren Herden nachgewiesen. Histologisch stimmten die Vakzineherde

Digitized by Google

sbesondere in den Lungen, mit den Befunden bei Encephalitis pastvaccinatoria über-
n. sie zeigten starke Proliferation und perivaskuläre Infiltration. Das Gehirn eines
1 Encephalitis postvaccinatoria gestorbenen Kindes hatte virulizide Eigenschaften
genüber dem Vakzinevirus. Dies deutet darauf hin, daß die Kinder in dem Zeit-
nkt sterben, in dem das Gehirn virulizide Eigenschaften erwirbt, und erklärt die
st stets negativen Befunde von Vakzinevirus in den „Enzephalitishirnen".
F. Harry-Wiesbaden.

**Huber, H. G.-Berlin: Zur Frage der Enzephalitis im Anschluß an die Pocken-
hutzimpfung. Klinische Beobachtungen.** (II. Innere Abt. d. Städt. Krankenhauses
iedrichshain.) D. m. W., 1929, Nr. 33, S. 1370.

Verf. berichtet über 3 Fälle von Erkrankungen des Zentralnervensystems im
nschluß an eine Pockenschutzimpfung. Im ersten Falle, bei dem die Hirnerschei-
ungen bereits am 5. Tage nach der Impfung einsetzten, konnte Vakzinevirus im
umbalpunktat nachgewiesen werden. Im zweiten Falle, der am 9. Tage nach der
npfung erkrankte, blieb eine schlaffe Lähmung des rechten Armes zurück. Der
itte Fall, bei dem sich zwischen Impfung und Ausbruch der nervösen Symptome
n katarrhalisches Stadium (Husten, Schnupfen, Angina) einschob und die Hirn-
scheinungen erst am 24. Tage auftraten, steht nur in mittelbarem Zusammenhang
it der Impfung. Die Paresen bzw. Lähmungen fanden sich stets auf der Impfseite.
F. Harry-Wiesbaden.

**Gildemeister, E.-Berlin-Dahlem: Zur Frage der Enzephalitis im Anschluß
1 die Pockenschutzimpfung. II. Experimentelle Untersuchungen.** (Bakter. Abt.-
abor. d. Reichsgesundheitsamtes.) D. m. W., 1929, Nr. 33, S. 1372.

In einem Falle von Encephalitis post vaccinationem wurde in der 7 Tage nach
r Impfung entnommenen Lumbalflüssigkeit Vakzinevirus nachgewiesen. In drei
deren Fällen, bei denen die Entnahme des Liquors am 20.—24. Tage erfolgte,
ar das Resultat negativ. F. Harry-Wiesbaden.

Lepra

**Hoffmann, W. H.-Habana (Cuba): Die Körnchenformen des Leprabazillus.
nst. Finlay d. Gesundheits-Ministeriums.) Krankheitsforschg., Bd. 7, H. 1. S. 59.**

Verf. berichtet über seine bakteriologischen Untersuchungen bei 200 Lepra-
anken des Kubanischen Leprahospitals. Ausführliche Beschreibung der seit lange
kannten Lutzschen Körner. H. ist der Ansicht, daß die Körner im allgemeinen
ntartungsformen darstellen, daß aber daneben zweifellos Körner existieren, welche
ens- und vermehrungsfähig sind, demnach Entwicklungsstadien darstellen. Mit
n heutigen Färbemethoden ließen sich diese Fragen noch nicht entscheiden. In den
llen von starker allergischer Reaktion bei guter Behandlung findet H. wohl Körn-
en, aber keine säurefesten Bazillen. Die kleinen und schwer sichtbaren Körnchen-
rmen machen es wahrscheinlich, daß auch beim Leprabazillus invisible und filtrier-
re Formen vorkommen. Nach H. nehmen mit dem Fortschritte der Heilung die
örnchenformen zu, so daß das Vorhandensein der Körnchen als ein gutes Zeichen
fgefaßt werden darf. P. Unna jun.-Hamburg.

**Souza-Araujo, H. C. de: Essais de culture du Mycobacterium leprae (Cocco-
rix leprae Lutz 1886). Isolement à partir d'un léprome, d'un Actinomyces,
tinomyces lepromatis n. sp.** (Versuche von Kultur des Mycobacterium leprae [Cocco-
ix leprae Lutz 1886]. Ausgehend von einem Leprom Kultur eines Aktinomyzes.
tinomyces lepromatis n. sp.). Compt. rend. Soc. Biol., Bd. 100, Nr. 11. S. 937.

Von einem Leprom wurden Kulturen angelegt, in denen sich azidoalkoholresi-
nte Bazillen und Filamente mit alternierenden Ramifikationen fanden. In weiteren
lturen fanden sich letztere allein mit den typischen Charakteren eines Aktino-
zes. Der Actinomyces lepromatis gedeiht gut auf gewöhnlichen festen und
ssigen Nährböden, am typischsten auf gewöhnlicher Gelatine; er ist grampositiv,
st azidoresistent. Auf fettreichem Nährboden wurden einzelne azidoalkoholresi-
nte bazilläre Formen beobachtet. Die Beziehungen zwischen Actinomyces lepromatis
d Lepra lassen sich noch nicht feststellen. E. Levin-Berlin.

Vigne, P.: La lèpre à Marseille (Die Lepra in Marseille). Bull. de l'Acad. de
d., 1929. Bd. 101, Nr. 12, S. 438.

Die Zahl der Leprösen nimmt in Marseille ständig zu, jährlich werden 7—8
ue Fälle festgestellt, die sich z. T. hier festsetzen, die Gesamtzahl beträgt jetzt
gefähr 40. Die Zunahme hängt mit den erleichterten Verkehrsverhältnissen, dem

Digitized by Google

Zustrom von Arbeitern aus den Kolonien und dem Ausland nach Frankreich, d fast völligen Fehlen eines sanitären Schutzes zusammen. Erforderlich ist die E richtung spezieller Behandlungszentren in den großen Häfen und die dauernde In essierung der Behörden für die Frage, Schaffung einer besonderen Abteilung Leprabekämpfung bei dem Hygieneministerium. E. Levin-Berlin.

Guillén, M.: Der Kampf gegen die Lepra in Spanien. Arch. de Lepra, Jahrg Nr. 3. S. 71.

Der Kampf gegen die Lepra in Spanien wird durch Schaffung von Lep heimen in den vorzugsweise befallenen Provinzen aufgenommen. Das Lepraheim Levante zählt augenblicklich 157 Kranke. Für Spanien ist die Einweisung a Leprösen in entsprechende Heime das herrschende Verfahren. Hier läßt sich dann Behandlung gründlich durchführen und der Erfolg abwarten. Dazu müssen natür weiterhin die Familienmitglieder des Erkrankten unter ständiger ärztlicher Aufs bleiben. Aussätzige, die keine Bazillen mehr ausscheiden, dürfen nach Hause lassen werden, müssen aber noch lange Zeit nachuntersucht werden.

Ruge-Hamburg.

Almeida, Th. de: Der Aussatz in Brasilien. Arch. de Lepra, Jahrg. 1, N S. 39.

Die Zahl der Aussätzigen in Brasilien wird auf etwa 13000—15000 gesch Die beiden Hauptherde liegen im Norden (Parà) und Süden und der Mitte Pablo, Minas und Federal). Die Geschichte der Lepra reicht bis zum Jahre 1 Aber erst 1920 raffte man sich zu einer großzügigen Bekämpfung auf. Der Aus wird von Mensch zu Mensch übertragen. Sehr wichtig ist die Frühdiagnose (S bilitätsstörungen, Ausfall der Augenbrauen u. a. m.). Es folgt dann ganz kurz Klinik und die Behandlung, die mit Chaulmoogra so lange fortgesetzt wird, bis äußeren Krankheitszeichen verschwunden sind. Die Bekämpfung des Aussatzes Brasilien ist ein nationales Problem, das eine sehr sorgfältige und zielbewußte Or nisation erfordert. Zum Schluß erwähnt Verf., daß Norwegen 1884 1500 Lep zählte, 1910 323, 1915 243; im Jahre 1923 war die Zahl auf 140 heruntergegan

Ruge-Hamburg.

Rojas, S.: Der Aussatz in Kolumbien. Arch. de Lepra, Jahrg. 1, Nr. 2. S.

Auch in Kolumbien spielt die Lepra eine große Rolle. Die Schwierigke einer Frühdiagnose werden betont. Zur Behandlung werden Chaulmoograpräpa verwandt, die recht gute Erfolge zeitigen. Beschreibung eines Falles. Auch sozialen Standpunkt verdient die Lepra stärkste Beachtung. Hier muß eine gr zügige Bekämpfung und Fürsorge einsetzen. Ruge-Hamburg.

Rojas, S.: Die Heilbehandlung der Lepra. Arch. de Lepra, Jahrg. 1, Nr. 3, S.

Verf. bespricht kurz den jetzigen Stand der Leprabehandlung, allerdings die Kohlensäureschnee-, Gold- und Vakzinebehandlung zu erwähnen, und beschr dann kurz einen Fall von Knotenlepra, der nach 9monatiger Anwendung von prol" — einem Chaulmograpräparat — wesentlich gebessert wurde.

Ruge-Hamburg.

Tagesgeschichtliche Nachrichten

In Hamburg wurde eine Straße nach Prof. Paul Unna benannt.

In der Wiener Universität wurde ein Büstendenkmal des Urologen Prof. Rob Ultzmann enthüllt.

Prof. Max Joseph in Berlin feierte am 2. Januar den 70. Geburtstag.

Gestorben: Dr. Adolf Josephsohn in Königsberg i. Pr. R.

Nachdruck (auch des Abschnittes „Tagesg. Nachr.") ist ohne Genehmigung des Verle nicht erlaubt

Verantwortlich für die Redaktion: für Originalabhandlungen und T. N.: Prof. Dr. J. H. Ru Leipzig, Johannisplatz 1. Für den Referatenteil: Dr. Fritz Callomon, Dessau

Digitized by Google

Dermatologische Wochenschrift

Nr. 6 (Bd. 90) 8. Februar 1930

Beitrag zur Ätiologie der Urtikaria

Von

Dr. Jan Skála-Rosenbaum in Jirny (Tschechoslowakei)

Nach Anschauung Šambergers besteht bei Urtikaria eine Störung des vegetativen Systems derart, daß es sich um einen Zustrom von Lymphe durch eine Reizung jener Nerven, welche die Lymphsekretion regulieren, handelt. Eine ähnliche Auffassung wird von jenen vertreten, welche die Urtikaria auf Störungen der Synergie des sympathischen und parasympathischen Nervensystems zurückführen wollen. In folgendem soll über Versuche berichtet werden, welche den Beweis erbringen, daß diese Theorien tatsächlich das Wesen der Urtikaria zu erklären imstande sind.

Zu meinen Versuchen verwendete ich das Präparat „Polysan", das von dem Brünner Biochemiker Bečka stammt und ein kolloidales Magnesiumhydroxyd, $Mg(OH)_2$, mit absorbierten Ionen von Kalium, Natrium, Kalzium und Chlor darstellt. Es handelte sich darum, die Indikationen, Kontraindikationen und Dosologie der Emulsion des Polysans als intravenöses und intramuskuläres Injektionsmittel festzustellen, da sich dasselbe Präparat als Salbe so auffallend in der Wundbehandlung bewährte.

Bei diesen Versuchen kam ich zu der interessanten Tatsache, daß das Magnesiumhydroxyd im kolloidalem Zustande eine sehr bemerkenswerte Wirkung auf das gestörte vegetative System ausübt.

Urtikaria kann lokal nach einem Insektenstich entstehen, oder von innen heraus gleich auf mehreren Stellen der Körperoberfläche provoziert werden. Auch können die beiden Reize kombiniert werden, z. B. durch lokale Reizung (Kratzen) bei nervösen Individuen.

Beides bedeutet nach Šambergers Theorie eine Störung des vegetativen Nervensystems. Nach einem Wespenstiche ist es eine lokale Vergiftung, die zu dieser Störung führt; bei der endogenen Urtikaria ist es eine allgemeine Störung des vegetativen Systems.

Das Polysan war zu diesem Zwecke um so mehr geeignet, da es ein physiologisches Alkali ist und lokal auch die Ameisensäure neutralisiert, die in dem Insektengift als Hauptbestandteil enthalten ist.

Nach Petlach ist die Ameisensäure nicht der wirkende Giftstoff, sondern die Vergiftung entsteht durch eine Saponinsubstanz, die hämolytisch wirken soll. Andere Autoren, wie Kobert, lassen diese Frage unbeantwortet. Šamberger spricht bloß von „giftigen Flüssigkeiten der Insekten". Das Magnesium-Ion hat als Antagonist des Kalzium-Ions auch eine eigene Stelle unter den einzelnen Ionen, die auf das Gleichgewicht des vegetativen Systems Einfluß haben. Bečka fand, daß 1 Mg-Ion im Körper etwa 10 Ca-Ionen bindet.

Digitized by Google

Hierdurch können wir uns auch erklären, daß Kalzium in der Therapie der Urtikaria versagt, wenn wenig Magnesium im Körper verhanden ist oder wenn das Blutserum sauer reagiert; in leichteren Fällen auch schon wenn die Alkalireserve des Blutes herabgesetzt ist.

Ich habe den Versuch gemacht, hier das Magnesium-Ion in die schematische Tabelle des Sympathikus und Parasympathikus nach Baudiš einzuschalten, um leichter die Stellung des Magnesium-Ions in diesem System begreiflich zu machen und die Lücke in dieser Tabelle auszufüllen (s. Tab.).

Organ und Funktion	Sympathikus + Reizende Wirkung	Parasympathikus — Hemmende Wirkung
Augen:		
Sphincter iridis	0	0
Dilatator iridis	+	+
Pupille	Wird erweitert	Wird verengt
M. orbitalis	0	(Enophthalmus?)
Gland. lacrymales	+ (Exophthalmus)	+
Respir.-Organ:		
Glatte Muscul. der Trachea und Bronchi	−	+
Sekretion der Drüsen d. Z.	−	+
Herz und Gefäße:		
Herzaktion	Akzeleriert	Retardiert
Zusammenziehen einer Kammer	Verstärkt	
Arterien	Verengt	Erweitert
Blutdruck	Erhöht	Erniedrigt
Verdauungsorgane:		
Speichelmenge	−	+
Peristaltik des Tractus gastrointestinalis außer Sphincteres	−	+
Tonus desselben	−	+
Menge der Magensekretion	−	+
Azidität des Magensaftes	−	+
Äußere Pankreassekretion	−	+
Harnapparat:		
Detrusor vesicae	−	+
Sphinkter	+	−
Entleerung	−	+
Genitale:		
Geschlechts- und Hilfsdrüsen	+	?
Glattmuskeln des Skrotum	+	−
Kutis:		
Schweißdrüsen	−	+?
Glatte Muskulatur	+	−
Endokrine Drüsen		
Thyreoidea	+	?
Nebenniere u. chromaffin. System	+	?
Stoff- und Energiewechsel	Ca	Mg
Ionenverhältnis zwischen Ca, K, Na	Zugunsten Ca	Zugunsten Mg, K, Na
Blutzuckerebene	0	Erhöht
Wärmeproduktion	Erniedrigt	−
Physikalische Wärmeabgabe	+	+
Allgemeine Temperatur	Steigt	Sinkt

Digitized by Google

Auf Grund dieser Erwägung unternahm ich also die Experimente. Da ich kein anderes Versuchsobjekt hatte, bediente ich mich der eigenen Haut. Zur Prüfung der Wirkung $Mg(OH)_2$ ließ ich mich in Unter- oder Oberschenkel stechen, immer symmetrisch, damit auch die topische Lokalisation hier keine Differenzen in der Messung verursachte, und damit die anatomischen Verhältnisse der geprüften Stellen spiegelgleich mit den Kontrollstellen wären.

Ich kam da allen Möglichkeiten zuvor, die die Verläßlichkeit meiner Versuche in Zweifel stellen könnten, wie der differenten Struktur der Kutis, der Subkutangewebe, Höhe des Fettpolsters, Innervation usw.

I.

Zu meinem Experiment benutzte ich die Wespen (Vespa vulgaris) und wählte nur gut entwickelte Exemplare. Das Experiment führte ich mit einwöchentlichen Pausen dreimal durch. Die Wespe wurde mit einer Pinzette in der Körpermitte leicht ergriffen und so angesetzt, daß sie unbehindert stechen konnte.

Der Stich geschah in die Mitte der Crista tibiae. Zu jedem Stiche benutzte ich eine neue Wespe. Der linke Unterschenkel diente als Versuchsstelle, der rechte als Kontrollstelle. Da der Wespenstich stark wirkt, gebe ich die Versuchszahlen in Stunden an.

Der erste Versuch hatte folgende Ergebnisse:

Rechts: Kontrolle (ohne Behandlung) . . .	56	(80)
Links: mit Behandlung von $Mg(OH)_2$ . .	$6^1/_2$	(11)

Der zweite Versuch:

Rechts	$53^1/_2$	(71)
Links	5	(10)

Der dritte Versuch:

Rechts	54	(79)
Links	$5^1/_2$	(10)

Die ersten Ziffern geben die Zeit an, die zum Verschwinden der subjektiven Gefühle nötig waren. Die Ziffern in Klammern die Zeiten zur Restitutio ad integrum. Im Durchschnitt kommen wir also zu folgendem Resultate:

Rechts: Kontrolle	54,5	(73,3)	Stunden
Links: Behandlung mit Polysan .	5,7	(10,3)	„

Die frappante Wirkung des Polysans ist aus diesen Versuchsergebnissen erwiesen, ich konnte mich aber noch in einem Fall aus meiner Praxis über den therapeutischen Wert des Polysans überzeugen:

Ein 28jähr. Mann, starker Konstitution, wurde von zwei Wespen in die Zunge gestochen. Er wurde zwar sogleich vermittels eines Lastautos in meine Ordination gebracht, aber die Zunge war schon so geschwollen, daß sie die ganze Mundhöhle ausfüllte und drängte sich aus dem Munde. Er konnte absolut nicht mehr sprechen und war dem Ersticken nahe. Ich goß im 3%ige sterile Emulsion des Polysans in den Mund und riet ihm, sie womöglich recht lange zu halten. Nach 11 Minuten entleerte er die Emulsion aus dem Munde und bekam eine zweite Portion. Nach der ersten konnte er schon

Digitized by Google

unartikulierte Laute ausstoßen. Die zweite hielt er 16 Minuten im Munde. Nach dieser Zeit ging die Schwellung so weit zurück, daß seine Rede verständlich war. Da keine Gefahr von seiten des Zungenödems mehr bestand, wurde er nach Hause entlassen.

II.

Zum zweiten Experiment benutzte ich die Brennessel (Herba urticae). Mit einem etwa 50 cm langen Nesselstamm, der frisch gepflückt wurde, gab ich mir selbst drei rasch aufeinanderfolgende Hiebe, so daß die dorsale Fläche meines linken Unterarms erfaßt war.

Dieses Versuchsfeld teilte ich, vom Ellbogen aus gerechnet, in 4 Abschnitte: 1. Abschnitt für Kontrolle, 2. zur Behandlung mit $Mg(OH)_2$ (Polysan), 3. zur Behandlung mit Tinctura Jodi, 4. zur Behandlung mit Amonia pura liquida. Die Experimente mit Tinct. Jodi reihte ich in mein zweites Experiment deshalb ein, weil ich die Richtigkeit des Volksglaubens daran prüfen wollte, daß dieselbe heilend auf Insektenstiche wirke.

Die Ergebnisse in Minuten gerechnet waren folgende: 1. Abschnitt 55, 2. Abschnitt $3^1/_2$, 3. Abschnitt 55, 4. Abschnitt 5.

Wir ersehen daran, daß die Tinctura Jodi hier keinen therapeutischen Erfolg hatte, wogegen die Alkalien ihren Wert bewiesen.

III.

Das dritte und letzte Experiment machte ich mit einer Patientin. Es handelte sich um eine 26jähr. Nullipara, die $2^1/_2$ Jahre verheiratet ist. Bis zur Hochzeit war sie vollkommen gesund, nur in der Jugend machte sie Morbilli durch. Seit der Hochzeit litt sie an Hautjucken, das besonders dann stark auftrat, wenn sie infolge seelischer Erregung in Emotion geriet. Da sie nun die juckenden Stellen kratzte, sprangen ihr daselbst rote hohe Papeln auf, die dann noch größeren Juckreiz verursachten. Dieses Leidens wegen konsultierte sie mich.

Bei der Untersuchung fand ich eine hohe, kräftige, gut gebaute Frau, die weder somatisch noch neurologisch etwas Auffallendes zeigte. Zuletzt versuchte ich mittels Knopfsonde Dermographismus hervorzurufen. Um die Aufmerksamkeit der Patientin abzulenken, wählte ich für sie unsichtbare Körperstellen aus, und zwar die Hautpartien zwischen den Schulterblättern. Ich machte einige wagerechte Striche mit der Sonde. Im Verlauf der nächsten 2 Minuten waren die Papeln ausgebildet, und die Patientin klagte über das gewöhnliche Jucken.

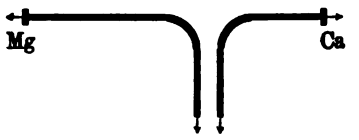
Am nächsten Tage wiederholte ich diesen Versuch; aber nach dem Bestreichen des Versuchsfeldes mit der Sonde trug ich auf die linke Versuchspartie Polysan in ganz dünner Schicht auf. Es stellte sich daselbst weder das Jucken noch die Papelbildung ein. Ich hielt dieses Phänomen für eine suggestive Erscheinung und entschloß mich, noch einen Kontrollversuch zu machen. Ich bestellte die Patientin für den nächsten Tag, reizte die Haut wieder mit der Sonde, benutzte aber dann statt Polysan- „Katheter-creme" auf der linken Seite, während ich die rechte mit Aqua destillata befeuchtete. Auf beiden Seiten erschienen die juckenden Papeln wieder.

Noch zweimal wiederholte ich in einwöchentlichen Abständen diese Versuche mit gleichem Resultat.

Durch diese Experimente ist der Beweis erbracht, daß sich Šamberger Theorie experimentell bestätigen läßt, denn durch Einwirkung des Magnesium hydroxydatum colloidale (Polysan) in die Tiefe lassen sich die Urtikariaerscheinungen wirklich beseitigen oder in ihrem Anfang dämpfen. Wir müssen hier mit der Alkalisationsfähigkeit des Polysan rechnen, die teilweise Säuren neutralisiert, teilweise aber auch durch die vorhandene Mg-Ion, als Antagonist, teilweise auch als Synergist des Ca-Ions auf das vegetative System in dem gereizten Gebiet der Haut wirkt.

Digitized by Google

Die hier angeführte Skizze halte ich für die richtige graphische Darstellung beider Ionen, des Mg und Ca.



Daß kein Kalzium im lebenden Organismus ohne ein alkalisches oder neutrales Medium gehalten werden kann, und daß das Mg-Ion beim Metabolismus des Kalziums, besonders im Gebiete des vegetativen Nervensystems, eine sehr ernste uns wichtige Rolle spielt.

Diese hier angeführten Versuche und Beobachtungen scheinen mir geeignet die Theorie Šambergers über die vegetative Ätiologie der Urtikaria experimentell zu bestätigen.

Literatur

Skála-Rosenbaum, Ars Medici, 1927, 1928. — Skála-Rosenbaum, Praktický Lékař, 1928. — Skála-Rosenbaum, Časopis českých Lékařů, 1928, 1929. — H. Straub, Neue D. Kl., Bd. 8. — Šamberger, Dermatologie, I. Teil. — Bečka, Bratislavské Lekárské Listy, 1928. — Bečka, Zvěrolékař. Obzor, 1927, 1928. — Bečka, Časopis Českých Lékařů, 1928. — Tryb, Časopis Českých Lékařů, 1928. — Janoušek, Česká Dermatologie, Bd. 9, S. 6. — Strümpell, Lehrb. d. spez. Pathol. u. Ther. d. inn. Krkh., II. Teil, Ausgabe 23—24. — Mykola Janiv, Zvěrolékař. Obzor, 1928. — Pěibyl, Zvěrolékař. Obzor, 1929. — Lebduška, Zvěrolékař. Obzor, 1928. — Rapant, Praktický Lékař, 1928. — Petlach, Stručná Toxikologie. — Möller, Lehrb. d. Toxikologie. — Liesegang, Biologische Kolloidchemie. — Baudiš, Praktický Lékař, 1926. — Androszowski, Nowiny Lekarskie, 1926. — Peitz, D. Zschr. f. Nervenhlk., 1927, Bd. 100. — Kamsler, Kl. W., 1928. — Schott, D. m. W., 1928. — Mečrovič und Pěrěvozskaja, Voprosy tuberkulosa, 1926. — Dorsett, Am. J. of Obst. and Gyn., Bd. 11. — Chura, Bratislavské Lekárské Listy, 1927. — Bovet, Schweiz. m. W., 1928. — Gigon, Schweiz. m. W., 1928. — Tryb, Arch. f. Derm. (im Druck). — Hofbauer, Ludwig, Asthma.

Aus der Klinik für Haut- und Geschlechtskrankheiten in Belgrad

Über die durch die Salvarsantherapie entstandenen und künstlich erzeugten Reaktionen sowie über ihre Wirkung auf die Spirochaeta pallida und die Lues

Von

Prof. Dr. Gj. Gjorgjević und Dr. S. Bugarski

In Würdigung der Reaktionen, welche von seiten des Organismus bei der antiluetischen Therapie, zumal mit Rücksicht auf ihren Heilwert, entstehen, machten wir es uns zur Aufgabe: unsere Luesfälle, welche wir mit intravenösen Neosalvarsaninjektionen behandelten, im Hinblick auf die dabei entstandenen Reaktionen und speziell ihre Wirkung auf die Spirochaeta pallida und des Krankheitsverlaufs genau zu verfolgen.

Zu unseren Untersuchungen im Laufe des vorigen Jahres verwendeten wir 0 Fälle, größtenteils von primärer Syphilis, doch auch einzelne Fälle mit erodierten apeln, wobei die Spirochäten am leichtesten zu beobachten sind.

Digitized by Google

In allen Fällen gaben wir, bei ständiger Kontrolle des Urins, wegen evtl. Albumens als erste Dose stets nur 0,15 Neosalvarsan, sehr oft auch als zweite und dritte Injektion, erst später 0,30, aber nie mehr als 0,45. Die Zwischenzeit zwischen den einzelnen Injektionen betrug mindestens 4 Tage. Wir kontrollierten jeden Tag einige Male unser Material in bezug auf das Vorhandensein von Spirochäten im Dunkelfeld und richteten zu gleicher Zeit unsere Aufmerksamkeit auf die von seiten des Organismus entstandenen Reaktionen.

Unter diesen Reaktionen des Organismus verstehen wir allgemeines Unwohlsein im Sinne einer Mattigkeit, Schwäche, Schmerzen, speziell in den Gelenken, Schüttelfrost und Fieber in Höhe von 39—40° und selbst darüber. Diese Fieberreaktionen teilen wir ein in starke Reaktionen mit Fieber von 40° und darüber, mittelstarke mit Fieber von 38—40° und schwache unter 38°.

Hervorzuheben ist, daß einzelne Kranke ihre Temperatursteigerung subjektiv gar nicht bemerken, bei systematischer Kontrolle jedoch Fieber über 38° zeigen.

Grundsätzlich müssen wir 2 Gruppen von Kranken unterscheiden: 1. solche, die bloß nach den ersten Injektionen mit Fieber reagieren und später überhaupt nicht mehr und 2. solche, die nach jeder Injektion konstant mit hohem Fieber reagieren. Die erste Gruppe umfaßt die überwiegende Mehrzahl der Fälle. Dabei ist die Menge des angewendeten Präparates ganz indifferent, weil bei der ersten Gruppe gerade sowohl kleinste wie größere Dosen starke Reaktion hervorrufen und später nach systematisch verstärkten Dosen nicht mehr auftreten.

Auch bei der zweiten Gruppe ruft bereits die kleinste Dose (0,15) konstant eine starke Reaktion hervor. Dabei ließe sich denken, daß die nach den Reaktionen der ersten Gruppe vielleicht durch abgetötete und resorbierte Spirochäten entstehen, doch entfällt dieses Moment vollkommen bei der zweiten Gruppe, bei welcher ständig dieselben starken Reaktionen auftreten, trotzdem doch gegen Ende der Behandlung die Spirochäten nicht mehr in solcher Menge vorhanden sein können wie zu Anfang der Behandlung. Bei solchen Fällen rufen Neosalvarsaninjektionen auch nach einer Pause von mehr als 10 Jahren die gleichen starken Reaktionen hervor.

Daß diese Reaktionen nicht durch die Spirochäten entstehen, beweisen die Fälle vollkommen gesunder Menschen, bei welchen Neosalvarsan präventiv injiziert, genau dieselben starken Reaktionen hervorruft, z. B. ein Fall unserer Beobachtung mit negativer Anamnese und negativen Seroreaktionen auch nach Provokation mit vollkommen negativem Liquor, bei welchem kleine Neosalvarsandosen präventiv gegeben, konstant Temperaturen bis zu 40° hervorriefen. Entstehung und Dauer dieser Reaktionen zeigen aber genügend große Unterschiede. In den meisten Fällen entstehen die Reaktionen innerhalb der ersten 2 Stunden mit starkem Schüttelfrost und hoher Temperatur von 5—6stündiger Dauer. Die Kranken verbleiben im Bett, um nach dem Fieber stark zu schwitzen, und erwachen mit normaler Temperatur. Es gibt Fälle, wo die Temperaturerhöhung nur 1—2 Stunden dauert, aber auch solche, wo sie 2—3 Tage anhält. Auch gibt es Fälle, wo die Temperaturerhöhung erst nach 14 Stunden entsteht.

Ganz selten sind die Fälle, bei welchen Neosalvarsan stets eine starke Reaktion hervorruft; dabei entsteht im Verlauf einer halben Stunde Schüttelfrost und hohes Fieber, und in vereinzelten Fällen erfolgen solche hoch fieberhafte Zufälle sogar sofort unmittelbar nach jeder einzelnen Injektion.

Unter unseren Fällen befinden sich solche von primärer seronegativer und seropositiver Lues, von sekundärer manifester und latenter Lues mit positiven Seroreaktionen, ferner Lues mit zentralen Erscheinungen und stark positiven Liquorbefunden.

In Fällen, wo die erwähnten fieberhaften Reaktionen nicht auftraten, erzeugten wir sie künstlich mit verschiedenen Vakzinen (Typhusvakzine, Gonovakzine usw.), um ihre Wirkung auf die Spirochaeta pallida zu beobachten.

Unter diesen 80 Fällen waren bei 25 alle Seroreaktionen negativ und blieben auch negativ. Bei 15 Fällen bestand Ulcus durum und Inguinaldrüsenschwellung, positiver Spirochätenbefund und in 10 Fällen überdies Vergrößerung der Kubitaldrüsen. Von diesen 25 Fällen bekamen 24 Fälle sofort 0,15 Neosalvarsan, nur ein Fall (Nr. 11) bekam zuerst Typhusvakzine. Sieben von diesen Fällen (2, 6, 21, 42, 59, 60 und 78) reagierten mit hoher Temperatur, bei sechs davon war der Spirochätenbefund schon am nächsten Tage negativ und blieb auch weiterhin negativ. Bloß in einem einzigen Falle (6) konnten wir am nächsten Tage Spirochäten finden.

Digitized by Google

die verschwanden jedoch sofort und dauernd nach Typhusvakzine. 7 Fälle reagierten mit Fieber bis 38°; bei 6 Fällen (16, 23, 31, 38, 43, 64) waren die Spirochäten den nächsten Tag noch positiv, bei 2 Fällen davon (23, 31) waren die Spirochäten den folgenden Tag negativ und blieben auch negativ. Diese 2 Fälle wurden 71 und 56 Tage beobachtet. Bei den anderen 4 Fällen wurde am nächsten Tag Typhusvakzine gegeben, mit starker Reaktion, nach welcher bei 3 Fällen (16, 38, 43) die Spirochäten negativ wurden und negativ blieben (Beobachtung durch 8, 10, 96 Tage). In einem Falle (64) entstand nach Typhusvakzine Fieber von 38°, nach welchem am nächsten Tag die Spirochäten noch positiv waren; den nächstfolgenden Tag darauf auf eine nochmalige Typhusvakzine mit 38° wurden und blieben die Spirochäten negativ (Beobachtung 64 Tage). Nur in einem Falle (74) wurden die Spirochäten sofort negativ nach der ersten Reaktion von 38° und blieben auch negativ Beobachtung 75 Tage). Bei 3 Fällen (7, 14, 19) entstand eine schwache Reaktion unter 38°. In allen 3 Fällen blieben die Spirochäten positiv; den nächsten Tag wurde Typhusvakzine gegeben mit starker Reaktion, so daß bei 2 Fällen (7, 19) den nächsten Tag die Spirochäten negativ wurden, im Falle 14 waren sie den nächsten Tag noch positiv, um einen Tag später ohne irgend welche Therapie negativ zu werden (Beobachtung 15, 19, 84 Tage).

Bei 7 Fällen (17, 24, 29, 45, 46, 56, 77) entstand nach Neosalvarsan keine Reaktion. Den nächsten Tag waren die Spirochäten in allen Fällen positiv; die darauf folgende Typhusvakzine rief bei allen 7 Fällen eine starke Reaktion hervor, so daß einen Tag später die Spirochäten in allen Fällen negativ wurden und bei 6 Fällen auch negativ blieben (Beobachtung 7, 50, 71, 90, 120, 162 Tage). In einem Falle (56) machte der Kranke nach der Typhusvakzine mit starker Reaktion und darauffolgenden negativen Spirochäten eine Pause von 8 Tagen, nach welcher die Spirochäten wieder positiv wurden, um in Anschluß an die weitere Therapie wieder negativ zu werden und auch zu bleiben (Beobachtung 56 Tage). In einem Falle (11) blieben die Spirochäten positiv nach Typhusvakzine mit 38°, ebenso nach Neosalvarsan ohne Reaktion, um auf die nächste Typhusvakzine mit 38° negativ zu werden und auch negativ zu bleiben (Beobachtung 61 Tage).

Wenn wir diese 25 Fälle zusammen betrachten, sehen wir, daß bei Fällen mit starker Reaktion nach Neosalvarsan alle bis auf einen den nächsten Tag einen negativen Befund der Spirochäten zeigten; bei diesem einen Falle wurden die noch positiven Spirochäten nach Neosalvarsan sofort negativ, nach Typhusvakzine mit starker Reaktion.

Bei mittleren und schwachen Reaktionen wie auch bei den Fällen ohne Reaktionen blieben in allen Fällen, mit Ausnahme eines einzigen, die Spirochäten den nächsten Tag positiv. Bei all diesen Fällen, bei welchen noch den nächsten Tag die Spirochäten positiv waren, wurden sie in kürzester Zeit negativ und blieben es auch, mit einer einzigen Ausnahme, wo sie sich nach einer 8tägigen Pause wiederum zeigten, um dann sehr rasch dauernd zu verschwinden. Bei allen anderen Fällen wurden die Spirochäten sehr rasch negativ, und zwar in 2 Fällen mit mittelstarker Reaktion schon den zweiten Tag auch ohne irgend einer Therapie; bei 12 Fällen den zweiten Tag nach starker Reaktion nach Typhusvakzine, in einem Falle einen Tag später gleichfalls ohne Therapie, und ebenso in einem Falle den nächsten Tag nach wiederholter Typhusvakzine mit mittelstarker Reaktion. Ein Fall, bei welchem zuerst Typhusvakzine angewendet wurde, mit mittelstarker Reaktion, zeigte die Spirochäten den nächsten Tag noch positiv, auch nach Neosalvarsan ohne Reaktion, um erst einen Tag darauf negativ zu werden, nach nochmaliger Typhusvakzine mit mittelstarker Reaktion. Wenn wir von diesen 80 Fällen 16 Fälle gesondert betrachten, bei denen neben positivem Spirochätenbefund auch die Seroreaktionen positiv waren und während der ganzen Zeit der Behandlung und Beobachtung die Seroreaktionen positiv blieben, können wir folgendes beobachten: Von diesen 16 Fällen zeigen 10 Fälle Sklerosen mit inguinalen evtl. kubitalen Drüsen (3, 20, 25, 37, 39, 50, 52, 62, 65, 67); die übrigen 6 Fälle zeigen manifeste sekundäre Erscheinungen (Ausschlag, Papeln, Kondylome, 12, 21, 27, 73, 75, 79). Bei diesen 16 Fällen haben wir dreimal starke Reaktionen nach dem ersten Neosalvarsan (25, 39, 50). Im Falle 25 sind die Spirochäten nach der Reaktion noch positiv, den nächsten Tag doch negativ (Beobachtung 123 Tage). Im zweiten Falle (39) sind die Spirochäten nach der Reaktion negativ, den nächsten Tag wieder positiv und bleiben positiv auch nach Typhusvakzine mit starker Reaktion, ebenso nach neuerlicher

Digitized by Google

Neosalvarsaninjektion ohne Reaktion, um nach nochmaliger Typhusvakzine mit starker Reaktion noch positiv zu bleiben, den nächsten Tag aber negativ zu werden (Beobachtung 22 Tage). Im dritten Falle (50) sind die Spirochäten nach Neosalvarsan mit starker Reaktion ständig negativ. In 4 Fällen (3, 21, 52, 79) mit mittelstarker Reaktion nach Neosalvarsan sind im Falle 3 die Spirochäten 2 Tage negativ, um den dritten Tag positiv zu werden; sie bleiben 3 Tage positiv auch nach nochmaligem Neosalvarsan ohne Reaktion, um nachher negativ zu werden und ebenso zu bleiben, ohne irgend welcher weiteren Therapie (Beobachtung 17 Tage). In Falle 21 sind die Spirochäten nach der Reaktion noch positiv, ebenso noch einen Tag nach Typhusvakzine mit starker Reaktion, um weiter ständig negativ zu bleiben (Beobachtung 139 Tage). Bei 2 Fällen (52 und 79) sind die Spirochäten ständig negativ nach Neosalvarsan mit mittelstarker Reaktion. Bei 2 Fällen (12, 35) nach Neosalvarsan mit schwacher Reaktion sind die Spirochäten positiv, um negativ zu werden nach Typhusvakzin mit starker Reaktion (Beobachtung 9 und 75 Tage). Bei 6 Fällen (20, 37, 62, 65, 67, 73), bei welchen Neosalvarsan keine Reaktion machte, wurden die Spirochäten negativ und blieben negativ nur in einem Falle (20). Bei den anderen Fällen bleiben die Spirochäten nach Neosalvarsan positiv; bei 3 Fällen davon werden und bleiben die Spirochäten nach folgender Typhusvakzine mit starker Reaktion negativ (Beobachtung 30, 61, 74 Tage). In einem Falle (6) mit positivem Spirochätenbefund nach Neosalvarsan werden die Spirochäten den nächsten Tag negativ nach Typhusvakzine mit schwacher Reaktion, einen Tag darauf wieder positiv; nach neuerlichem Typhusvakzine mit schwacher Reaktion sind die Spirochäten 2 Tage negativ, den dritten Tag wieder positiv; nach Neosalvarsan ohne Reaktion 2 Tage positiv, 1 Tag negativ und wieder 2 Tage positiv, um nach Typhusvakzine mit mittelstarker Reaktion und Neosalvarsan ohne Reaktion ständig negativ zu werden (Beobachtung 45 Tage). Im Falle 37 bleiben die Spirochäten positiv nach Neosalvarsan ohne Reaktion, nach Typhusvakzine mit starker Reaktion und nochmaliger Typhusvakzine mit starker Reaktion, weiter nach Neosalvarsan mit starker Reaktion, nach Typhusvakzine mit starker Reaktion, um nach nochmaligen 0,9 Neosalvarsan ohne Reaktion den ersten Tag positiv, um vom zweiten Tag weiter ständig negativ zu sein (Beobachtung 105 Tage). Endlich im Falle 27 bleiben die Spirochäten positiv nach Typhusvakzine mit starker Reaktion; nach folgender Typhusvakzine mit starker Reaktion werden die Spirochäten den ersten Tag negativ, um den nächsten Tag wieder positiv zu werden; nach minimalen 0,01 Neosalvarsan ohne Reaktion sind die Spirochäten den ersten Tag positiv, den zweiten negativ, den dritten wieder positiv (Beobachtung 27 Tage).

Bei dieser Gruppe von 16 Fällen, bei welchen die Seroreaktionen ständig positiv sind, kann man die Wirkung starker Neosalvarsanreaktionen auf die Spirochäten beobachten, aber man kann ebenso bemerken, daß noch positive Spirochäten nach Neosalvarsan mit Reaktion, nach folgender Typhusvakzine mit starker Reaktion verschwinden. In den Fällen, wo Neosalvarsan keine Reaktion erzeugte und die Spirochäten positiv blieben, schwinden die Spirochäten ebenso in den meisten Fällen nach Typhusvakzine mit starker Reaktion. Eine Ausnahme machen nur 2 Fälle (37 und 65), wo im ersten Falle die Spirochäten erst negativ werden nach 3 Typhusvakzinen mit starker Reaktion, einer Neosalvarsaninjektion mit starker Reaktion und einer ohne Reaktion. Im zweiten Falle (65) bleiben die Spirochäten positiv nach Neosalvarsan ohne Reaktion, werden negativ nach Typhusvakzine mit mittelstarker Reaktion, um den nächsten Tag wieder positiv zu werden; ebenso nach der zweiten Typhusvakzine mit mittelstarker Reaktion sind die Spirochäten den zweiten Tag negativ, um den Tag darauf wieder positiv zu werden. Nach folgendem Neosalvarsan ohne Reaktion bleiben sie 2 Tage positiv, den dritten Tag werden sie negativ, 2 Tage darauf wieder positiv, um erst nach einer Kombination von Typhusvakzine mit mittelstarker Reaktion und Neosalvarsan ohne Reaktion negativ zu werden. Im Falle 2 bleiben die Spirochäten nach Typhusvakzine mit starker Reaktion positiv, nach folgender Typhusvakzine mit starker Reaktion, den ersten Tag darauf sind die Spirochäten negativ, um den nächsten Tag wieder positiv zu werden; nach 0,01 Neosalvarsan bleiben die Spirochäten positiv, den zweiten Tag werden sie negativ, um wieder den dritten Tag positiv zu werden.

Unter diese Gruppe rechnen wir alle Fälle, wo auch nur eine Seroreaktion ein positives oder schwachpositives Resultat zeigte, sei es zu Anfang oder am Ende der Behandlung. Wenn wir genau die Resultate der Seroreaktionen betrachten, sehen wir

Digitized by Google

daß nur in 5 Fällen die positiven Reroreaktionen auch nach der Behandlung positiv geblieben sind (25, 27, 62, 73, 75). Diese Fälle wurden relativ kurz beobachtet, dementsprechend war die Therapie auch sehr schwach. Die maximale Therapie war 11 Neosalvarsan innerhalb 71 Tagen im Falle 75, wo die Spirochäten positiv geblieben sind, nach einer schwachen Neosalvarsanreaktion und auf die darauf folgende starke Typhusvakzinereaktion vollkommen geschwunden sind. In den übrigen Fällen wurden 1—5 Neosalvarsaninjektionen innerhalb 30—66 Tagen gegeben. Im Falle 25, wo nach Neosalvarsan mit starker Reaktion die Spirochäten negativ wurden, findet man die Spirochäten wieder positiv nach einer Pause von 46 Tagen. Im Falle 27, wo Neosalvarsan 5mal innerhalb 27 Tagen gegeben wurde, waren die Spirochäten negativ nach einer starken Neosalvarsanreaktion; in diesem Falle wurden zwecks anderer Beobachtungen minimale Dosen von 0,01 und 0,03 Neosalvarsan gegeben. In 2 Fällen (62, 63) mit 5mal Neosalvarsan und 30 Tagen Behandlung und 3mal Neosalvarsan und 45 Tagen Behandlung, bei welchen die Spirochäten noch positiv sind nach Neosalvarsan ohne Reaktion, wurden sie negativ nach Typhusvakzinereaktion. Neben der Behandlung mit Neosalvarsan wurde stets behandelt, kombiniert mit Fieberprovokation durch Vakzine, nur wurden nach negativem Spirochätenbefund die Reaktionen in bezug auf Stärke nicht weiter notiert. Von den anderen 10 Fällen waren die Seroreaktionen im Anfange der Behandlung nur in 6 Fällen komplett positiv, und in allen wurden sie teilweise negativ, wenn auch in einzelnen Fällen die Therapie schwach war und auch die Beobachtungszeit kurz, wie die Fälle:

Nr. 12	mit	1	Neosalvarsaninjektion	und	10	Tage	Beobachtung
Nr. 3	„	2	Neosalvarsaninjektionen	„	30	„	„
Nr. 50	„	6	„	„	65	„	„
Nr. 79	„	12	„	„	84	„	„
Nr. 21	„	18	„	„	139	„	„

In den übrigen 5 Fällen waren die Seroreaktionen zu Anfang und zu Ende teilweise positiv und negativ, und während der Behandlung blieben die Seroreaktionen entweder unverändert oder sie wechselten in einer oder in der anderen Richtung. 2 Fälle davon waren sehr kurz beobachtet: der Fall 39 22 Tage mit 4 Neosalvarsan und der Fall 65 45 Tage mit 6 Neosalvarsaninjektionen.

Die anderen 3 Fälle bekamen:

Nr. 52	innerhalb	95	Tage	6 Neosalvarsaninjektionen
Nr. 37	„	105	„	10 „
Nr. 20	„	158	„	23 „

Nach all dem haben wir bei diesen 16 Fällen in der Gruppe der Seroreaktionen, welche komplett positiv blieben, eigentlich nur einen Fall (75) länger und stärker behandelt; alle anderen Fälle wurden kurz und schwach behandelt, oder sie zeigten eine Veränderung der Seroreaktionen in diesem Sinne, daß sie teilweise ganz negativ wurden oder sich nur zum Teil veränderten.

Eine vollkommen neue Gruppe bilden 12 Fälle, bei welchen die positiven Seroreaktionen vor der Behandlung nicht mehr kontrolliert wurden wegen der Kürze der Zeit (4, 8, 9, 10, 13, 18, 34, 41, 51, 57, 58, 79). Die ersten 7 Fälle kamen nur zwischen 4—9 Tagen zur Behandlung; die übrigen 5 Fälle kamen 22, 36, 39, 39 und 66 Tage zur Behandlung und bekamen im ganzen 4—9 Neosalvarsan und 4 bis 9 Typhusvakzine.

Wenn auch diese Fälle nicht ausgenützt werden können in bezug auf die Betrachtung der Seroreaktion, zeigen sie dennoch ganz interessante Resultate in bezug auf die Spirochaeta pallida.

Bei 9 Fällen wurde sofort Neosalvarsan gegeben, bei 3 zuerst Typhusvakzine. Von diesen 12 Fällen wurden bei 6 die Spirochäten sofort negativ nach Neosalvarsan, und zwar 4mal nach starker Reaktion und 2mal nach mittelstarker Reaktion. Drei von diesen Fällen wurden nur einige Tage beobachtet. Bei den restlichen 3 Fällen werden in 2 Fällen die positiven Spirochäten nach Neosalvarsan ohne Reaktion sehr schnell negativ, nach Typhusvakzine mit starker Reaktion (18, 58); in einem Falle (57) sind die Spirochäten den ersten Tag nach Neosalvarsan mit mittelstarker Reaktion positiv, den zweiten Tag negativ, den dritten Tag wieder positiv, um nach starker Typhusvakzinereaktion ständig negativ zu werden.

Digitized by Google

In 3 Fällen (8, 9, 10), bei welchen zuerst Typhusvakzine gegeben wurde, bleiben die Spirochäten nach derselben positiv; in 2 Fällen (9, 8) wurden sie später negativ, einmal nach Neosalvarsan mit schwacher Reaktion und das andere Mal erst nach ausschließlicher mittelstarker Typhusvakzinereaktion. Im Falle 10 bleiben die Spirochäten positiv, auch nach zwei starken Typhusvakzinereaktionen und nach Neosalvarsan ohne Reaktion.

9 Fälle mit Sklerosen und inguinalen Drüsen, dreimal auch kubitalen, bilden eine Gruppe, bei welcher die zuerst negativen Seroreaktionen im Laufe der Behandlung teilweise positiv oder komplett positiv werden (35).

Eine ganz besondere Gruppe bilden unter ihnen 3 Fälle (35, 40, 47). Der Fall 35 mit positiven Spirochäten nach Neosalvarsan ohne Reaktion und nach 2 Typhusvakzinen mit starker und mittelstarker Reaktion, wo erst nach nochmaliger Typhusvakzine mit mittelstarker Reaktion die Spirochäten den ersten Tag positiv, den zweiten Tag negativ, den dritten Tag wieder positiv werden, um nach nochmaligem Neosalvarsan ohne Reaktion negativ zu werden und wieder positiv und zum Schluß wieder negativ. Alle Seroreaktionen sind nach 7 Tagen negativ. Nach nochmaliger Typhusvakzine mit mittelstarker Reaktion werden die Spirochäten negativ, nach darauf folgender Neosalvarsaninjektion ohne Reaktion sind sie den ersten Tag negativ, den zweiten Tag wieder positiv; ebenso nach Typhusvakzine mit mittelstarker Reaktion und Neosalvarsan 0,45 ohne Reaktion. Der Kranke bekam im ganzen 4mal Neosalvarsan ohne Reaktion (2mal 0,15, 1mal 0,30, 1mal 0,45 und 5 Typhusvakzine mit starker und mittelstarker Reaktion; nach einer Pause von 134 Tagen zeigte der Kranke ein Exanthem mit komplett positiven Seroreaktionen.

Der Fall 40, welcher die maximalsten Reaktionen nach 0,15 Neosalvarsan durch 3 Tage zeigte, und damit im Zusammenhang die Spirochäten negativ, zeigt nach einer Pause von einem Monat komplett positive und schwach positive Seroreaktionen, welche nach weiteren 5 Neosalvarsan- und Typhusvakzineinjektionen innerhalb 45 Tagen alle negativ werden. Der Fall 47, Sklerosis mit inguinalen und kubitalen Drüsen, mit positiven Spirochäten nach Neosalvarsan ohne Reaktion, die negativ werden nach Typhusvakzine mit starker Reaktion, bekommt innerhalb 17 Tage 4 Neosalvarsan und 4 Typhusvakzine; 10 Tage später sind alle Seroreaktionen komplett positiv und besteht dabei ein papulöses Exanthem und Psoriasis palm. und plantaris. Bei den übrigen 5 Fällen entstehen teilweise positive Seroreaktionen zwischen 13—65 Tagen (13, 34, 36, 43, 65 Tage) und 3—6 Neosalvarsan und 2 bis 8 Typhusvakzine.

Was den Spirochätenbefund anbelangt, finden wir im Falle 22 die Spirochäten positiv nach Neosalvarsan mit schwacher Reaktion, welche nach Typhusvakzine mit starker Reaktion den ersten Tag noch positiv sind und vom zweiten Tage weiter ständig negativ. Im Falle 33 sind die Spirochäten 2 Tage negativ nach Neosalvarsan mit starker Reaktion, den dritten Tag wieder positiv; nach starker Typhusvakzinereaktion den ersten Tag positiv, den zweiten negativ, den dritten wieder positiv, ebenso noch positiv nach Neosalvarsan ohne Reaktion, um nach starker Typhusvakzinereaktion 2 Tage negativ zu sein, den dritten Tag wieder positiv und endlich nach Neosalvarsan ohne Reaktion den ersten Tag positiv und vom zweiten Tage weiter ständig negativ. In den Fällen 61, 69, 76 sind die Spirochäten positiv in 2 Fällen nach Neosalvarsan ohne Reaktion und in einem (69) nach Neosalvarsan mit mittelstarker Reaktion; nach Typhusvakzine mit starker Reaktion werden im Falle 76 die Spirochäten sofort negativ; im Falle 61 sind sie den ersten Tag noch positiv und weiter ständig negativ; ebenso wurden die Spirochäten negativ im Falle 69 nach Typhusvakzine mit mittelstarker Reaktion. Der Fall 49, bei welchem die Spirochäten positiv sind nach Neosalvarsan mit schwacher Reaktion und positiv bleiben nach Typhusvakzine mit mittelstarker Reaktion und nachmaligem Neosalvarsan ohne Reaktion; werden sie erst negativ nach nochmaliger Typhusvakzine mit mittelstarker Reaktion.

Bei diesen 9 negativen Fällen, welche positiv geworden sind, kann man gen. die Wirkung der starken Reaktionen auf die Spirochäten beobachten, man kann aber ebenso konstatieren, daß diese Reaktionen nicht genügend waren, um definitiv die Spirochäten zu vernichten, und daß dadurch seropositive und klinische Rezidive entstanden sind. Die maximalen Reaktionen, entstanden nach Neosalvarsan im Falle 40, zeigen nachher keine Spirochäten; einen Monat später werden die Seroreaktionen teilweise positiv, um vollkommen negativ zu werden nach 43 Tagen und 4 Neosalvar-

Digitized by Google

san + Typhusvakzine. Allein diese maximalste Reaktion, welche 3 Tage dauerte mit Fieber bis 40°, wirkte so stark, daß nach einem Monat nur ein teilweises Serorezidiv entstanden ist (WR —, Kahn —, SG —, Hecht +), welches nach einer relativ schwachen Behandlung (5 Neosalvarsan + 4 Typhusvakzine innerhalb 43 Tagen) wieder vollkommen negativ wurde. Parallel damit erwähnen wir den Fall 47, Sklerosis mit inguinalen und kubitalen Drüsen, mit positiven Spirochäten nach Neosalvarsan ohne Reaktion, die negativ wurden nach Typhusvakzine mit starker Reaktion, bei welchen auch nach weiterer Therapie mit 4 Neosalvarsan + 4 Typhusvakzine innerhalb 17 Tagen die Seroreaktionen komplett positiv blieben; nach einer Pause von 10 Tagen fanden wir bei den Patienten neben den kompletten Seroreaktionen ein papulöses Exanthem und Psoriasis palmaris. In diesen Fällen wurden die Spirochäten nicht genügend beeinflußt, wie sich aus dem Auftreten des klinischen Rezidivs ergibt. 8 Fälle mit positiven Seroreaktionen vor der Behandlung wurden negativ nach 53, 55, 60, 69, 71, 84, 91 und 96 Tagen und 5, 7, 7, 7, 10, 11, 13, 16 Neosalvarsan + 8, 8, 10, 11, 11, 12, 17, 21 Typhusvakzine. Diese negativen Seroreaktionen haben keinen absoluten Wert in bezug auf ihr Schwinden, da die Kontrollen nicht öfters gemacht wurden. So sehen wir bei 5 Fällen (5, 30, 44, 54, 80) die Spirochäten negativ werden nach drei starken und zwei schwachen Neosalvarsanreaktionen. Im Falle 1 bleiben die Spirochäten 2 Tage positiv nach starker Neosalvarsanreaktion, um nachher ständig negativ zu werden; im Falle 36 sind die Spirochäten 2 Tage negativ nach starker Neosalvarsanreaktion, den dritten Tag wieder positiv, um ständig negativ zu werden nach starker Typhusvakzinereaktion. Im Falle 68 bleiben die Spirochäten positiv nach Neosalvarsan ohne Reaktion, um nach Typhusvakzine mit schwacher Reaktion konstant negativ zu sein.

Sechs negative Fälle vor der Behandlung wurden während der Behandlung wegen zu kurzer Beobachtungszeit nicht kontrolliert. Fünf von diesen 6 Fällen zeigen positive Spirochäten nach Neosalvarsan, 4mal nach Neosalvarsan ohne Reaktion und 1mal mit schwacher Reaktion; vier von diesen 5 Fällen zeigen negative Spirochäten nach folgender Typhusvakzine mit starker und mittelstarker Reaktion. 2 Fälle sind noch immer positiv nach starker Typhusvakzinereaktion, von denen 1 Fall negativ wird nach Neosalvarsan ohne Reaktion und der andere nach Typhusvakzine mit starker Reaktion. Nur im Falle 71 sind die Spirochäten negativ nach Neosalvarsan mit starker Reaktion. Bei 4 Fällen, bei welchen keine Seroreaktionen gemacht wurden und die im ganzen 4 Tage beobachtet waren, sind die Spirochäten positiv nach Neosalvarsan, 3mal ohne Reaktion und 1mal mit starker Reaktion. Im Falle 66 werden die noch positiven Spirochäten nach Neosalvarsan ohne Reaktion negativ nach Typhusvakzine mit schwacher Reaktion.

Wenn wir endlich alle 80 Fälle auf die Stärke der Reaktionen und ihre Wirkung auf die Spirochäten durchsehen und resumieren, kommen wir zu folgenden Resultaten:

Von 80 Fällen wurde bei 75 Fällen als erste Injektion 0,15 Neosalvarsan gegeben und bei 5 Fällen nur Typhusvakzine.

Bei diesen 75 Fällen mit Neosalvarsan haben wir:

bei 25 Fällen sehr starke Reaktionen = 33%
„ 12 „ mittelstarke „ = 16%
„ 9 „ schwache „ = 12%

Dementsprechend reagierten 46 Fälle von diesen 75 Fällen — 61,33%.
29 Fälle reagierten überhaupt nicht — 38,66%.

Bei 25 Fällen mit starker Reaktion nach Neosalvarsan finden wir die Spirochäten konstant negativ in 16 Fällen, und zwar

in 8 Fällen sofort vom 1. Tag
„ 6 „ „ 2. „
„ 1 Fall „ 3. „
„ 1 „ „ 4. „

In 6 Fällen sind die Spirochäten die ersten Tage positiv, auch nach starker Neosalvarsanreaktion, um erst konstant negativ zu werden nach Typhusvakzine mit starker Reaktion, und zwar

in 1 Fall den 3. Tag
„ 4 Fällen „ 4. „
„ 1 Fall „ 5. „

Digitized by Google

In einem Falle sind die Spirochäten den 1. und 2. Tag negativ; durch 12 Tage sind die Befunde verschiedenartig, einige Tage negativ und wieder positiv, trotz der Therapie mit 2 Neosalvarsaninjektionen ohne Reaktion und 2 Typhusvakzine mit starker Reaktion, um erst vom 14. Tage weiter negativ zu werden.

In einem Falle sind die Spirochäten den 1. und 2. Tag negativ, durch 19 Tage ständig positiv, auch trotz der Behandlung mit 3 Neosalvarsan ohne Reaktion und 4 Typhusvakzine mit starker Reaktion. In einem Falle blieben die Spirochäten 2 Tage positiv und wurden weiter nicht gesucht.

Dementsprechend wurden bei diesen 25 Fällen die Spirochäten negativ:

Bei 22 Fällen zwischen den 1. und 5. Tag.

In einem Falle nach 14 Tagen, nur in 2 Fällen blieben sie positiv, in einem nach 19 Tagen und in einem nach 2 Tagen.

So wurden in 99% der Fälle die Spirochäten negativ, und zwar

in	69,55%	nur nach	Neosalvarsan	
in	26,08%	„	„	+ 1 Typhusvakzine
und 1 Fall	4,36%	nach 3	„	+ 1 „

Bei 12 Fällen mit mittelstarker Reaktion sind die Spirochäten negativ in 6 Fällen zwischen 1—2 Tagen — 50%, in 3 Fällen nach Typhusvakzine mit starker Reaktion zwischen 3—4 Tagen — 25%, in 3 Fällen nach Typhusvakzine mit starker Reaktion 2mal und 1mal nach Neosalvarsan ohne Reaktion den 6.—7.—13. Tag — 25%.

Bei 9 Fällen nach schwacher Neosalvarsanreaktion sind in 2 Fällen die Spirochäten negativ den 1. Tag, in 6 Fällen 1mal den 2. Tag, 2mal den 3. Tag, 2mal den 4. Tag, 1mal den 5. Tag nach Typhusvakzine mit starker Reaktion.

In einem Falle blieben die Spirochäten positiv, wurden jedoch nur einen Tag kontrolliert.

Bei 29 Fällen, bei denen Neosalvarsan ohne Reaktion gegeben wurde, finden wir die Spirochäten nur in einem Falle negativ den 1. Tag.

In 15 Fällen davon wurden die Spirochäten negativ nach Typhusvakzine mit starker Reaktion, und zwar

8mal	den	2. Tag
4mal	„	3. „
1mal	„	4. „
2mal	„	6. „

In 3 Fällen werden die Spirochäten negativ nach 2 Typhusvakzine mit starker Reaktion den 4., 5. und 6. Tag.

In 5 Fällen werden die Spirochäten endlich negativ den 8., 9., 11., 12. und 18. Tag nach Anwendung einzelner Typhusvakzine mit Reaktion und Neosalvarsan fast immer mit Reaktion (mit einer Ausnahme ohne Reaktion), obzwar sie in der Zwischenzeit öfters negativ waren.

In 4 Fällen blieben die Spirochäten positiv 1—3 Tage und wurden nicht weiter kontrolliert.

In einem Falle bleiben die Spirochäten positiv 19 Tage nach 4 Neosalvarsan ohne Reaktion und 5 Typhusvakzine mit Reaktion, obzwar sie in der Zwischenzeit öfters negativ waren.

Dementsprechend finden wir von diesen 29 Fällen in den ersten 19 Fällen die Spirochäten negativ — 65,51%, vom 1.—6. Tag nach Neosalvarsan + 1—2 Typhusvakzine.

In 5 Fällen sind die Spirochäten negativ — 17,24%, nach 8—18 Tagen, während welcher Zeit die Behandlung durchgeführt wurde.

Im ganzen wurden die Spirochäten negativ in 82,75% und blieben positiv nur in 5 Fällen — 17,24%.

Bei 5 Fällen, bei welchen vom Anfang an nur Typhusvakzine gegeben wurde, sind die Spirochäten negativ in 3 Fällen zwischen dem 4.—5. Tage nach 1—2 Typhusvakzine mit Reaktion und einer Neosalvarsaninjektion, und zwar 2mal mit schwacher und 1mal ohne Reaktion.

In 2 Fällen blieben die Spirochäten positiv den 9. und 11. Tag nach 2 starken Typhusvakzinereaktionen und Neosalvarsan ohne Reaktion und 2 starken Typhusvakzinereaktionen mit 3 minimalen Neosalvarsandosen ohne Reaktion.

Digitized by Google

Dementsprechend wurden in 60% die Spirochäten negativ und 40% blieben sie positiv.

Zunächst interessierte uns, ob die kleinen Dosen Neosalvarsan eine Wirkung auf die Spirochäten haben und die Art der Wirkung;

zweitens die Reaktionen, die durch Neosalvarsan entstehen, speziell mit kleinen Dosen, und ihre Wirkung auf die Spirochäten;

drittens die Wirkung der entstandenen Reaktionen nur durch Neosalvarsan oder, wenn es nicht der Fall ist, der künstlich erzeugten Reaktionen auf den Verlauf der Lues und ihre Heilung;

viertens die Wirkung der durch Neosalvarsan entstandenen und eventuell künstlich erzeugten Reaktionen auf den Verlauf der Lues und ihre Sanation im Falle der Unterbrechung der begonnenen Behandlung.

Wenn wir in allen diesen Richtungen das ganze Material durchsehen, können wir bemerken, daß bei den meisten Fällen eine Wirkung auf die Spirochäten auch mit den kleinsten (0,15) Neosalvarsandosen besteht. Wir müssen schon jetzt betonen, daß diese Wirkung parallel mit dem Entstehen der Reaktionen in Verbindung mit Neosalvarsan geht, sei es der stärksten oder schwachen, wie auch der künstlich erzeugten, weil von den 80 beobachteten Fällen in 70 Fällen das schnelle Verschwinden der Spirochäten zu beobachten ist, und zwar in 43 Fällen von 46 mit entstandenen Reaktionen und in 20 von 24 Fällen ohne Reaktionen nach Neosalvarsan, jedoch später künstlich erzeugten.

Wenn wir auch auf Grund unserer Erfahrung der Meinung sind, daß Neosalvarsan rein chemisch auf die Spirochäten und auf die Lues nicht wirken kann — weder in der Eprouvette, noch auch im Organismus —, daß hingegen dazu eine biologische Reaktion von seiten des Organismus notwendig ist, die schwächste, welche man eventuell gar nicht beobachten kann, oder die stärkste mit der maximalsten Reaktion, so vertreten wir auch den Standpunkt, daß diese Reaktionen in therapeutischem Sinne doch am besten durch Neosalvarsan hervorzurufen sind.

Für diese therapeutischen Reaktionen benötigen wir eine bestimmte Neosalvarsandose, welche nicht verstärkt zu werden braucht, welche aber vermindert keinen therapeutischen Effekt erzeugt. So konnten wir einigemal sehen, daß stark verminderte, um das zehnfache kleinere Dosen keinen therapeutischen Effekt auf die Spirochäten haben; wir müssen aber sogleich betonen, daß diese minimalen Dosen nicht die geringsten Reaktionen hervorgerufen haben, höchstwahrscheinlich auch keine biologischen, da sie auch in Verbindung mit starken, künstlich erzeugten Provokationen gar keine Wirkung auf die Spirochäten und ihr Verschwinden hatten.

Wir gebrauchten für die erste und die nächsten Injektionen immer nur 0,15 Neosalvarsan und konnten das schnelle Verschwinden der Spirochäten konstant notieren, desto schneller, je stärker die Reaktionen waren in Verbindung mit den einzelnen Injektionen. Wir konnten zugleich ein desto schnelleres Verschwinden aller klinischen und serologischen Symptome notieren, je stärker die Reaktionen der einzelnen Injektionen waren. In einem Falle, wo die maximalste Reaktion 3 Tage dauerte, waren die sofort verschwundenen Spirochäten in ihrer Eigenschaft und Virulenz sicher maximal tangiert, weil nur die eine Injektion mit der maximalsten Reaktion genügend war, um nicht nur die Spirochäten an der Oberfläche zum Verschwinden zu bringen, so daß man sie überhaupt nicht mehr finden kann; vielmehr, daß nach einer Pause von einem Monat kein klinisches Rezidiv entsteht, nur eine leichte Provokation der Seroreaktionen — sicher in Verbindung mit den noch restlichen spärlichen und schwach virulenten Spirochäten — weil sich auf eine weitere leichte minimale Therapie sehr schnell auch die leicht provozierten Seroreaktionen verlieren und vollkommen negativ bleiben, ohne irgend welche weitere Therapie. Parallel mit diesen maximalen Reaktionen geht auch das schnelle und vollkommene Verschwinden der klinischen Symptome.

Man kann fast absolut genau den Unterschied im Verschwinden der Spirochäten und der klinischen Symptome nach den stärksten Reaktionen nach Neosalvarsan konstatieren, zum Unterschied von den schwächeren und künstlich erzeugten in Verbindung mit Neosalvarsan ohne Reaktionen zum Vorteil der stärksten Reaktionen. Das Verschwinden der Spirochäten in diesen Fällen ist absolut, und ebenso auch das rasche Verschwinden der klinischen Symptome, welches auch bei diesen anderen konstant beobachtet werden kann, jedoch nur in viel schwächerer Art und in einzelnen unserer Fälle auch nach Neosalvarsan ohne Reaktion. Höchstwahrscheinlich ent-

Digitized by Google

steht in solchen Fällen eine unsichtbare biologische Reaktion, ein Moment, welches nach unserer Meinung notwendig ist wegen der therapeutischen Wirkung. Es ist kein Zweifel, und solche Fälle gibt es, wenn auch sehr selten, auch in diesem unserem Material, bei welchen eine Reaktion auch im stärkeren Sinne in direkter Verbindung mit Neosalvarsan entsteht, noch mehr, kombiniert mit starken Reaktionen nach Typhusvakzine, bei denen die Spirochäten nach einiger Zeit wieder zum Vorschein kommen. Der gesuchte Moment der biologischen Reaktion ist sicher in diesen Fällen nicht in so einem Maße entstanden, um die Spirochäten weitgehend zu schwächen oder vollkommen zu vernichten.

In solchen Ausnahmefällen geht die entstandene sichtbare Reaktion des Organismus sicher nicht parallel mit der notwendigen biologischen Reaktion. In solchen seltenen Fällen müßte bei einer Unterbrechung der Therapie oder bei einer ungenügenden Therapie ein schnelles und relativ schwereres Rezidiv entstehen. Wir kennen solche Rezidive bei verschiedenen unzureichenden antiluetischen Medikationen, bei welchen die nicht vernichteten oder ungenügend geschwächten oder in einen Reizzustand versetzten Spirochäten in der kürzesten Zeit sehr oft stärkere und schwerere Rezidive hervorrufen. Auch in unserer Beobachtungsreihe finden wir 2 solche Fälle, welche später ein gutes Resultat zeigten auf Grund der systematisch fortgesetzten Therapie.

Wenn wir die Resultate der reinen Neosalvarsanbehandlung ohne künstlich erzeugten Reaktionen und selbst mit größeren und maximalen Dosen betrachten, so sind unsere Resultate klinisch wie serologisch die besseren.

Die Wirkung des Salvarsans auf die Spirochäten wurde schon sehr oft kontrolliert. So konnte vor einigen Jahren an unserer Klinik Dr. KITSCHEVATZ (Ann. de Derm. et de Syph., 1927, Nr. 8—9) auf Grund systematischer Untersuchungen konstatieren, daß noch 3—4 Wochen nach einigen bis 0,45 gesteigerten Neosalvarsandosen sich positive Spirochätenbefunde ergeben.

Außer diesen und vielen anderen Untersuchungen dieser Art erweckte bei uns das meiste Interesse die Publikation von OELZE aus der Klinik von Prof. RILLE (Derm. W., 1928, Nr. 3), welcher auf Grund von 99 Fällen zum Resultate kam, daß die Spirochäten in 100% der Fälle noch 2 Tage nach 0,15 Neosalvarsan positiv sind, nach 0,30 Neosalvarsan in 55%, nach 0,45 Neosalvarsan in 17% und nach 0,60 Neosalvarsan in 4% der Fälle; auf Grund dessen kommt er zum Schlusse, daß als erste Dose sofort 0,60 Neosalvarsan anzuwenden sei, und nie eine kleinere Dose. Diese Fälle wurden bloß 2 Tage kontrolliert, und es wurde nur nebenbei bemerkt, daß ein schwerer Verlauf bei den Fällen mit den kleinen ersten Dosen zu verzeichnen war.

Unsere Befunde stimmen mit diesen Angaben insofern nicht überein, als wir in 61,33% Reaktionen bekamen auf die ersten kleinen Dosen von 0,15 Neosalvarsan und daß diese bzw. die Reaktionen eine direkte Wirkung auf die Spirochäten und die klinischen Symptome der Lues hatten.

Wir kommen daher zum Schlusse:

1. Die antiluetische Therapie mit Neosalvarsan zeigt die besten Resultate in den Fällen, wo Reaktionen sind.

2. Je stärker die Reaktionen sind, desto schneller und besser ist der therapeutische Effekt.

3. Die besten und absoluten therapeutischen Resultate zeigen die Fälle mit konstanten Reaktionen auch nach der kleinsten (0,15) Neosalvarsandose.

4. Neosalvarsanfälle ohne Reaktion zeigen gute therapeutische Resultate, wenn man sie mit künstlich provozierten Reaktionen kombiniert.

5. Zu guten therapeutischen Resultaten ohne sichtbare Reaktion sind dennoch biologische Reaktionen notwendig für eine erfolgreiche Therapie.

6. In allen unseren Fällen hatte weder die stärkste Reaktion durch Neosalvarsan, noch die künstlich erzeugte jemals eine Komplikation von seiten der inneren Organe hervorgerufen.

Digitized by Google

Versammlungen

Frankfurter Dermatologische Vereinigung

Sitzung vom 16. Juni 1929

Vorsitzender: K. Herxheimer Schriftführer: R. Kaufmann

Müller, H.-Mainz: Fall zur Diagnose.

56jähr. Mann. Auf dem Rücken etwa handtellergroße, zum Teil rote, zum Teil wachsartige Knötchen. Schleimhäute frei. Mikroskopisch quergestreifte Muskelfasern, Myeloblasten und Eosinophile. Diagnose schwankt zwischen Naevus und Lichen planus.

K. Herxheimer bittet um Vorlage der Präparate.

Dorn (Hautklinik): Erythema nodosum bei tiefer Trichophytie (Kerion Celsi).

Bei einem Kind, das an 50-Pfennig- bis 1-Markstückgroßen Herden von Kerion Celsi seit etwa 6 Wochen leidet, die in Heilung begriffen waren, traten plötzlich unter hohem Fieber auf beiden Unterschenkeln pflaumengroße, livide, harte Knoten unter gleichzeitiger starker Eiterung auf. Die Knoten gleichen einem Erythema nodosum.

E. Doctor sah öfter nach Trichophytie Auftreten eines Erythema nodosum.

K. Herxheimer hält ein Trichophytid für wahrscheinlich.

Briel (Hautklinik): Sclerodermie en bandes auf der Stirn.

13jähr. Mädchen. Beginn vor ½ Jahr mit schmalen, depigmentierten Streifen von der l. Nasenwurzel fast senkrecht zum Haaransatz verlaufend. Der Streifen hat sich im Laufe des letzten halben Jahres etwas verbreitert.

H. Müller-Mainz. Die Sklerodermie kommt in Mainz selten vor.

K. Herxheimer betont das relativ seltene Vorkommen dieser Form von Sklerodermie.

Hees (Hautklinik): Sarcomatosis cutis.

75jähr. Mann. Beginn vor ½ Jahr mit Tumor auf der Brust. Februar 1929 multiple Tumoren von 1-Mark- bis Handtellergröße, die zunächst unter Röntgen und As abheilten. Anfang April 1929 Rezidive an den nichtbestrahlten Stellen des behaarten Kopfes und den Extremitäten. Starke Anämie. Blutbild: Hb 38%, Erythrozyten 1,6 Mill., Leukozyten 6,600. Unter erneuter Röntgenbestrahlung und As Rückgang der Tumoren, doch besteht starke Anämie, die auf innere Metastasen hindeutet.

K. Herxheimer beobachtete einen Pat. mit Sarkomatosis, wo auf Thorium sämtliche Tumoren verschwanden. Nach 4—5 Wochen Rezidiv mit Exitus.

Altmann verweist auf das, allerdings nur vorübergehende, günstige Reagieren dieser Tumoren auf Röntgenbestrahlung.

H. Müller-Mainz hat einen Fall von Sarc. cutis mit Thorium X und As etwa 3 Jahre lang am Leben erhalten.

Herrmann (Hautklinik): Lichen scrofulosorum.

9jähr. Kind. Tuberkulose der Lungen und Lichen scrof. Besserung durch Lebertraneinreibungen.

K. Herxheimer: Während vor 40 Jahren Lich. scroful. sehr häufig war, ist er jetzt sehr selten geworden.

L. Isaak hat neuerdings einen Fall von Lich. scroful. beobachtet.

Herrmann (Hautklinik): Alopecia parvimaculata.

17jähr. Jüngling, außerdem besteht noch eine Mykose des ganzen Körpers.

Herrmann (Hautklinik): Tertiärsyphilitische Entzündung mit zentraler Nekrose.

53jähr. Mann. 1913 erhielt der Pat. 2 Hg-Injektionen in den r. Glutäus. Seit dieser Zeit Infiltration an der Injektionsstelle. Vor 2 Jahren spontaner Durchbruch eines Abszesses. Zur Zeit handtellergroße, braunrot verfärbte, höckrig infiltrierte Fläche mit zentraler, fast daumenballengroßer, etwa 1 cm tiefer, schmierig belegter Ulzeration. WR positiv.

K. Herxheimer: Analoge Fälle wurden früher häufiger nach Hg-Injektionen beobachtet.

Digitized by Google

Altmann sah mehrfach das Entstehen von Gummen an den Injektionsstellen. Müller-Darmstadt beobachtete solche Fälle als Folge von schlechtem Paraffin.

Herrmann (Hautklinik): Herpes zoster symmetricus (chronicus recidivans).

36jähr. Mann. April 1928 Syphilis I. 2 Bi-Neosalvarsankuren. November 1928 blasiger Ausschlag im Gesicht. Vor 6 Wochen Aufnahme in die Klinik. Damals auf der l. Wange, an der Nasenwurzel und auf beiden Schultern gruppierte Pusteln auf entzündlich geröteter und infiltrierter Basis. Nach Verbänden mit Zinkpaste und Borwasser, ferner 5,0 ccm Casbis und 10 g IK keine Veränderung dieser Herde. Mehrfaches Auftreten neuer Effloreszenzen, und zwar gruppierter Bläschen serösen Inhalts auf dem Kopf, in der l. Augenbrauengegend und auf dem Dors. penis. Histologisch Bild eines Herpes Zoster.

H. Müller-Mainz hält es für eine atypische Form von Syphilis II.

K. Herxheimer bestreitet eine Syphilis, da die spezifische Behandlung wirkungslos war und histologisch es sich um einen typischen Herpes zoster handelt.

Altmann empfiehlt stärkere Dosen Casbis, eventuell Dec. Zittmannii zu geben.

Feldmann, Darmstadt, der den Pat. zuerst behandelte, beobachtete trotz energischer spez. Behandlung das Auftreten von Bläschen.

Herrmann weist nochmals darauf hin, daß es sich um sichere Herpesbläschen handelt.

Herrmann (Hautklinik): Periurethrales gonorrhoisches Infiltrat mit zentraler Abszedierung.

24jähr. Mann mit Gonorrhoe. Vor 10 Tagen Aufnahme mit einem kirschgroßen Infiltrat auf dem Dors. penis nahe dem Penisansatz. Derbe Konsistenz noch unter dem Niveau der Urethra fühlbar. Der Knoten hatte ein zentrales, mit Eiter schmierig belegtes Ulkus. Gonokokken im Abstrich. Erhebliche Besserung durch lokale Umschläge mit einer 0,5%igen Pyridiumlösung. Das Ulkus ist noch vorhanden und umgeben von einer rundlichen, gut verschieblichen, relativ oberflächlichen Infiltration. Außerdem noch ein walnußgroßer Bubo dexter. Nach ausgedehnter Prüfung von H. und Weil an über 100 Pat. hat Pyridium keine Einwirkung auf die Gonokokken, wirkt aber günstig auf die Zystitis und Pyelocystitis gonorrhoica.

Altmann hält es für einen Bubonulus. K. Herxheimer hält demgegenüber an der Diagnose Periurethritis fest.

Ning (Hautklinik): Bubonulus syphiliticus.

Muskatblüth: Über Naevus anaemicus.

M. beschreibt zunächst einen Fall von Naevus anaemicus, der vor 3 Jahren zufällig entdeckt wurde. Er befindet sich in der l. subklavikularen Gegend von etwa 8—12 cm Größe und besteht aus zahlreichen kleinen weißlichen, durch normale Haut getrennte Flecken. M. führt das Blaßbleiben der befallenen Partien auf Reiben oder künstliche Stauung der Haut nicht auf Mangel an Hautpigment, sondern auf ungenügende Durchblutung der Hautgefäße zurück. Kapillaroskopisch sieht man auch im Bereich der anämischen Flecken eine Verminderung der Zahl von Kapillaren. Doch besteht hier wohl weniger ein anatomischer Defekt des Gefäßnetzes als vielmehr eine funktionelle Fehlerhaftigkeit desselben, da nach energischer Reibung der Haut eine größere Zahl Kapillaren wieder sichtbar werden. Er beschreibt dann weiter das Vorkommen, die Lokalisation, die Reaktion auf chemische und physikalische Reize, seine Beziehungen zu anderen Dermatosen, insbesondere zu anderen Naevis und Morb. Recklinghausen, mit welchem er oft in Verbindung steht. M. führt die Pathogenese des Naev. anaem. auf einen Defekt in den peripheren Gefäßnerven der Haut selbst zurück (nach dem Autoreferat).

K. Herxheimer ist auch der Ansicht, daß beim Naevus anaemicus mehr funktionelle wie anatomische Veränderungen vorliegen.

Sitzung vom 27. Juni 1929

Doctor, E.: 1. Xanthoma diabeticum.

39jähr. Frau. Beginn vor 6 Jahren. Tumoren hauptsächlich lokalisiert an beiden Ellbogen. Zur Zeit 5% Sacharum.

Schütz verweist auf eine eigentümliche Delle der Tumoren.

K. Herxheimer hat derartige Lokalisation nie gesehen. An der Diagnose ist aber kein Zweifel. Er empfiehlt Insulineinspritzungen.

Digitized by Google

2. Lichen planus und verrucosus.

46jähr. Mann. Auffallend starkes Jucken.

Hammacher: Syphilis III.

Bemerkenswert ist, daß die Frau, die an gummöser Erkrankung der Nase und des Mundes litt, lange von einem Kurpfuscher behandelt wurde und eine hochgradige Zerstörung der Nase eingetreten ist. Nachdem durch Prof. Fleischmann die richtige Diagnose gestellt worden, ist durch kombinierte Kur wesentliche Besserung eingetreten.

K. Herxheimer erwähnt, daß nur in seltenen Fällen nach den heutigen Gesetzen Bestrafung der Kurpfuscher möglich sei.

Hees (Univ.-Hautklinik): Naevus pigmentosus.

2¾jähr. Knabe. Befallen linke Gesichtshälfte, Hals, Mundschleimhaut, scharf mit der Mittellinie abschneidend, seit einigen Monaten verrukös wuchernd, außerdem Mißbildung des Schädels und der Augen. Behandlung Kaustik und scharfer Löffel.

Herrmann (Univ.-Hautklinik): Bleisulfidflecken.

59jähr. Schriftsetzer, der außerdem an Neurodermitis leidet. Vor 10 Jahren Bleivergiftung. Jetzt zeigt der Patient auf seiner Mundschleimhaut, und zwar der der Wangen, des Zahnfleisches und der Lippen scharf umschriebene linsen- bis pfennigstückgroße schwarze Flecken. Kapillarmikroskopisch findet man beträchtliche Erweiterung der Hautkapillaren und Strömungsverlangsamung.

Ning (Univ.-Hautklinik): Tuberoserpiginöses Syphilid.

39jähr. Mann. Seit 14 Tagen bestehend. Lokalisiert auf r. Nasenflügel und anliegender Wangenpartie, ferner auf die l. Hälfte der Oberlippe, am r. Mundwinkel und auf der l. Wange. Kleine Herde auf dem Hinterhaupt, dem r. Arm und auf r. Tabuskante. WR positiv.

K. Herxheimer. Diagnostisch kam in Frage Tbc. cutis Riehl, Paltauf, dagegen spricht das multiple Vorkommen.

Weidenreich: Über die Herkunft der weißen Blutkörperchen.

Vortr. griff drei Punkte heraus: 1. die Monozyten, 2. die Zellen des retikuloendothelialen Apparates, 3. die lokale Entstehung der granulierten Leukozyten. Die Monozyten (große mononukleäre Leukozyten Ehrlichs) sind nach seiner Meinung Zellformen, die in der Hauptsache aus den Lymphbahnen und dem Gewebe in die Blutbahn gelangen. Sie leiten einerseits zu den kleinen Lymphozyten, andererseits zu den größeren Elementen mit Makrophagencharakter über. Sowohl in der Lymphe wie im Blute lassen sich kontinuierliche Übergänge zwischen diesen beiden Extremen finden. Die neueren Explantationsversuche von Bloom, Caffier, de Haan, A. Fischer und Maximow haben erwiesen, daß die gewöhnlichen Lymphozyten des zirkulierenden Blutes innerhalb kurzer Frist zu Zellen mit Monozytencharakter und Makrophageneigenschaften heranwachsen, die weiterhin sich zu fibrozytenähnlichen fixen Zellen umformen, in deren Plasma schließlich fädige Gebilde (Bindegewebsfasern) zur Differenzierung gelangen können. In ähnlicher Weise bilden auch die Zellen des retikulo-endothelialen Apparates eine Einheit. Zwischen Retikulumzellen und Endothelzellen der Lymphknoten besteht kein prinzipieller Unterschied. Sie haben Makrophagencharakter, können sich loslösen und in die Zirkulation gelangen: von den Monozyten sind sie dabei nicht zu trennen. Dem Retikulum der Lymphknoten entspricht das lockere Bindegewebe an allen Örtlichkeiten, wo es sich im Körper findet, und demgemäß entsprechen auch die Fibrozyten dieses Gewebes den Retikulo-Endothelzellen. Aus den gleichen Elementen entstehen auch die Lymphozyten, wofür auch die neuesten Untersuchungen A. Fischers sprechen, der im Explantat aus Milzstromazellen Haufen kleiner amöboider Zellen hervorgehen sah. Retikulo-endothelialer Apparat ist eigentlich das gesamte lockere Bindegewebe, dessen sessile Zellen je nach der Art des Reizes zu Makrophagen werden oder losgelöst als sog. Histiozyten (Monozyten) in die Zirkulation gelangen können. Die granulierten Leukozyten sind in ihrer Genese und Verbreitung nach ubiquitäre Bindegewebselemente, in besonderem Maße gilt das für die eosinophilen Leukozyten, weniger — wenigstens beim Menschen — für die neutrophilen. Die ersteren sind konstante Gewebselemente der Submukosa des Darmes und des Respirationsapparates, auch in der Subkutis sind sie weit verbreitet, ebenso in der Milz, gewissen Lymphknoten, in dem Thymus und dem Netz. Überall finden sich hier mononukleäre Eosinophile und Mitosen. Die Mutterzellen sind die lymphozytären Formen des Gewebes. Die

Digitized by Google

bei akuten entzündlichen Vorgängen im Gewebe auftretenden granulierten Leukozyten — fast ausschließlich neutrophile — stammen zweifelsohne aus der Blutbahn, ob und inwieweit sie in besonderen Fällen auch aus fixen Gewebselementen des Bindegewebes in loco hervorgehen können, bedarf noch weiterer Untersuchungen. (Autoreferat.)

Fischer-Wasels bespricht die großen Fortschritte, die auch auf diesem Gebiet durch das Experiment erzielt worden sind.

Referatenteil

Fachzeitschriften

Archives of Dermatology and Syphilology

1929, Bd. 20, Nr. 1

Ronchèse, F.: Primary Actinomycosis of the Skin (Primäre Hautaktinomykose). S. 1.

Bei einem 15jähr. Italiener bestand seit 10 Jahren auf der dorsalen und inneren Seite des linken Knöchels eine Hautaktinomykose, die Sehnen oder Knochen nicht mit ergriffen hatte. Die Diagnose war nur dadurch möglich, daß ein Meerschweinchen mit dem Eiter geimpft und von diesem Material gewonnen werden konnte, das auf reinem Agar den typischen Pilz lieferte. Das Serum war schwach positiv mit Sporotrichum Beurmannii-Antigen. Jod und Röntgen waren ohne Nutzen, erst völlige Exzision mit folgender Transplantation brachte Heilung.

Goodman, M. H.: Adenoma of the Coil Glands, Report of a Case, with Histologic Criteria (Adenoma der Schweißdrüsen, Bericht über einen Fall mit histologischem kritischem Bericht). S. 10.

Einer 52jähr. Frau wurde zuerst eine, später die andere Mamma wegen Tumors exstirpiert (Adenofibrome); seit 1916 Wohlbefinden. Jetzt Knoten in der rechten Achselhöhle, der sich mikroskopisch als Adenom erweist. Die Drüsen funktionieren noch. Verf. bringt mehrere histologische Abbildungen zum Nachweis, daß der Tumor von den Schweißdrüsen seinen Ausgang genommen hat.

Lindsay, H. C. L.: Treatment of Leukoderma with Gold Sodium Thiosulphate (Behandlung des Leukoderms mit Goldnatriumthiosulfat). S. 22.

In 3 Fällen von Leukoderm brachten Injektionen von Goldnatriumthiosulfat eine wesentliche Besserung. Einmal wöchentlich wurden zuerst 30 mg, dann beim zweiten Mal und weiterhin 100 mg gegeben. Nebenbei erwähnt Verf., daß in Indien die Eingeborenen bei Vitiligo mit Erfolg eine Salbe anwenden, die aus den Wurzeln der Pflanze „Psoralea corylifolia" hergestellt ist.

Hollander, L., u. H. L. Baer: Discoloration of the Skin Due to Mercury (Verfärbung der Haut nach Quecksilber). S. 27.

Eine 42jähr. Kosmetikerin hatte sich 15 Jahre lang eine Hg enthaltende Creme „Dermatone" einmassiert und eine intensive Verfärbuug des Gesichts und Halses bekommen. Durch die elektro-mikroqualitative Methode wurde Hg in einem exzidierten Hautstückchen nachgewiesen. Therapeutisch wurde erfolgreich Jodtinktur eingerieben, um lösliches Quecksilberjodid zu bilden. Dann wurde Alkohol zur Entfernung der neuen Verbindung angewandt.

Michael, J. C.: An Unusual Vascular Nevus (Ein ungewöhnlicher Gefäßnaevus). S. 36.

Beschreibung eines vaskulären Naevus, der sich unterhalb des rechten Schulterblatts nach links hin bis über die Mittellinie, nach unten hin bis zur rechten Darmbeinschaufel erstreckte. Neben makulösen und nodulären Stellen tuberöse Gebilde, die nach Größe und Aussehen an reife Tomaten erinnerten, zum Teil überhäutet, zum Teil mazeriert. Histologisch fand sich nichts Malignes. Verf. nimmt an, daß erst im Verlauf von Jahren aus den makulösen Angiomen sich solche tuberösen Charakters entwickelt haben.

Digitized by Google

Becker, S. W., u. K. B. Muir: Tinea Amiantacea (Tinea adamantina). S. 45.

Verff. berichten über 3 Fälle von Tinea adamantina. Verff. glaubten, in Kalilauge pilzähnliche Gebilde zu sehen, was sich später als Irrtum herausstellte. In 1 Fall wurden Hefepilze gefunden, was ja nichts Besonderes ist, da diese auch auf normaler Haut vorkommen. Impfversuche mit diesen Hefepilzen auf die Kopfhaut des Patienten und auf Meerschweinchen schlugen fehl. Therapeutisch erwies sich 5% weiße Hg-Präzipitatsalbe als erfolgreich.

Laue, J. E.: Porträts of Robert Willan (Porträts von Robert Willan). S. 54.

Es ist Verf. gelungen, mit Hilfe eines Verwandten von Robert Willan 3 Gemälde von ihm aufzufinden, die er hier wiedergibt.

Burgess, N.: The Chloride Content of the Whole Blood in Eczema (Der Chloridgehalt des ganzen Blutes bei Ekzem). S. 59.

Der Chloridgehalt des Blutes bei einer Reihe von Ekzemfällen war genau so wie bei gesunden Personen und wie bei anderen Hauterkrankungen. Infolgedessen ist bei Ekzemfällen eine Entziehung des Salzes in der Ernährung therapeutisch bedeutungslos.

The Honorable William Remvick Riddell: Sebastian Brant: De Pestilentiali Scorra Sive Impetigine Anni XCVI (Sebastian Brant: Über die pestilenzialische oder eitrige Seuche im 16. Jahrhundert). S. 63.

Rosen, I., u. F. Krasnow: Cholesterol Studies in Syphilis (Cholesterolstudien bei der Syphilis). S. 75.

Nach der Methode von Myers und Wardell untersuchten Verff. Fälle von Lues I, II und III und normale Personen auf ihren Cholesterolgehalt. Bei unbehandelter Lues I war der Cholesterolgehalt herabgesetzt. Die Behandlung stellt wieder den normalen Cholesterolgehalt her. Bei unbehandelter Lues II ist ebenso der Cholesterolgehalt geringer als bei behandelter Lues II. Je länger eine Syphilis dauert, ob behandelt oder unbehandelt, um so mehr nähert sich der Cholesterolgehalt normalen Zahlen, ja es scheint sich sogar mit der Länge der Infektion ein erhöhter Cholesterolgehalt zu bilden. Wie diese Gesetze zusammenhängen, bleibt einer späteren Prüfung vorbehalten.

Templeton, H. J.: Untoward Reactions Following Toxin Treatment for Dermatitis Venenata (Ungünstige Reaktionen nach Toxinbehandlung gegen Dermatitis venenata). S. 83.

Verf. berichtet über ungünstige urtikarielle Reaktionen bei Leuten mit Dermatitis venenata, denen therapeutisch oder prophylaktisch ein Antigen von Rhus toxicodendron injiziert wurde. Um diese üblen Wirkungen zu vermeiden, empfiehlt Verf., statt der bisher üblichen großen Dosen nur kleine zu geben. Dies gilt sowohl für orale wie für intramuskuläre Anwendung.

Kolmer, J. A., with the Assistance of Anna M. Rule: The Spirocheticidal Activity of the Human Syphilitic Serum and the Immunologic Significance of the Wassermann Reaction (Die spirochätizide Wirkung des menschlichen syphilitischen Serums und die Bedeutung der WR für die Immunität). S. 90.

Nach den Versuchen des Verf.s besitzt das Serum chronischer — unbehandelter und behandelter — Syphilitiker dieselbe spirochätizide Wirkung wie das Serum gesunder Menschen. Im Serum sind so gut wie gar keine Antikörper gegen Syphilis vorhanden. Die WR ist vielleicht ein Ausdruck für die Gewebsimmunität bei dieser Krankheit, aber nicht ein Ausdruck für die Immunität des Serums. Eine Prophylaxe und Behandlung der Syphilis durch Serum führte bisher zu keiner Wirkung.

1929, Bd. 20, Nr. 2

Highman, W. J.: Allergy in Skin Diseases (Die Allergie bei Hautkrankheiten). S. 151.

Verf. wendet sich gegen die sinnlose Bezeichnung der „allergischen Dermatitis", des „allergischen Exanthems" usw. für Hauterscheinungen, deren Ursache nicht geklärt ist. Er wäre besser, mit allen Mitteln nach der Ursache zu forschen, als klinischen Unsinn zu schwatzen.

Osterberg, A. E., M. W. Rubenstein u. W. H. Goeckermann: The Absorption of Sulphur Compounds During Treatment by Sulphur Baths (Die Absorption von Schwefelverbindungen während der Behandlung mit Schwefelbädern). S. 158.

16 Patienten mit verschiedenen Hauterkrankungen erhielten Schwefelbäder neben anderen Maßnahmen. Das Schwefelbad ist am wirksamsten, wenn es so bereitet wird, daß sich Schwefeldioxyd entwickelt. Wenn man dem Patienten eine Gasmaske aufsetzt oder nur ein Bad mit kolloidalem Schwefel gibt, so ist zwar der therapeutische Erfolg

Digitized by Google

auch gut, aber die Schwefelkonzentration im Blut und der im Urin ausgeschiedene Schwefelbetrag sind wesentlich geringer.

Montgomery, D. W.: The Controversy Over the Itch Hite (Der Streit über die Krätzemilbe). S. 167.

Rosen, I., u. F. Krasnow: Lecithin Studies in Syphilis (Lezithinstudien bei der Syphilis). S 171.

Das Blut zeigt bei Lues I, II und III einen erhöhten Lezithingehalt. Wenn auch die Zahl der beobachteten Fälle klein war, so haben Verff. nachweisen können, daß der Lezithingehalt um so größer ist, je länger die Syphilis dauert.

Cole, H. N., J. E. Rauschkolb, N. E. Schreiber u. T. Sollmann: Massive Weekly Inunctions with Mercury (Massive wöchentliche Quecksilbereinreibungen). S. 176.

Intensive Einreibung des ganzen Körpers, 1mal wöchentlich, mit 30 g einer 30%igen Hg-Salbe (= 9 g metall. Hg) verursachte keine Hautreizung; nur in 1 Fall trat milde Salivation ein. Bei dieser Methode wurde das Hg schneller und in größerer Menge in Urin und Fäzes ausgeschieden, als mit den üblichen Methoden: Tägliche Einreibungen mit 50%iger Hg-Salbe, Einreibungen mit 50%iger Hg-Salbe mit nachfolgender Benzinsäuberung oder Einreibungen mit 25%iger Salbe in Verbindung mit täglicher intramuskulärer Injektion von Quecksilbernatriumbromid. Die Ausscheidung bei der neuen Methode ist in den folgenden 4 Wochen genau so hoch wie bei den alten Methoden in täglicher Einreibung. Die Ausscheidungskurve als auch die klinischen Erfolge zeigen, daß die hier neu angegebene Methode der Hg-Einreibung völlig genügend ist. Bereits im 18. Jahrhundert gab Geoffroy in Paris an, daß zu therapeutischem Erfolg gar nicht eine so große Menge Hg-Einreibungen gehöre. Diesen Gedanken griffen Verff. auf und kamen zu obigen Resultaten.

Cornbleet, Th.: The Use of Gentian Violet in Erosio Interdigitalis Saccharomycetica (Die Anwendung des Gentianavioletts bei der Erosio interdigitalis saccharomycetica). S. 184.

Verf. behandelte Erosio interdigitalis saccharomycetia mit 2%iger wäßriger Gentianaviolettlösung. Nach Eintrocknen derselben wurde noch mit Gramscher Jodlösung übergepinselt. Die Resultate in 20 Fällen waren gut.

Goodman, H.: Statistics of the Ten Most Common Skin Diseases (Statistiken der zehn häufigsten Hautkrankheiten). S. 186.

Unter den zehn häufigsten Hautkrankheiten stehen Ekzem und Akne immer an der Spitze. Dann folgen Impetigo, Skabies, Psoriasis, Urtikaria, Dermatitis venenata, Pedikulosis, Seborrhoe. Die Häufigkeit der einfachen Dermatosen hat sich gegen früher nicht geändert, obwohl die diagnostischen Möglichkeiten sich vergrößert haben.

Kolmer, J. A.: Toxin Production by Spirochaeta Pallida (Die Toxinerzeugung durch die Spirochaete pallida). S. 189.

Filtrierbare oder lösliche exogene Toxine konnten in Spirochätenkulturen nicht nachgewiesen werden; ebenso nicht in Filtraten des Gewebes einer akuten Hodensyphilis bei Kaninchen. Schwache Endotoxine konnte Verf. von Spirochätenkulturen erhalten, die der Autolyse oder Eintrocknung ausgesetzt waren.

White, G. F., u. W. E. Dove: A Dermatitis Caused by Larvae of Ancylostoma Canium (Eine Dermatitis, verursacht durch Larven von Ankylostoma canium). S. 191.

Es gelang dem Verf. experimentell mit Larven von Ankylostoma canium eine Dermatitis auf der menschlichen Haut hervorzurufen, und zwar entstanden mit Ankylostoma canium juckende Papeln, mit Ankylostoma brasiliense Papeln mit lineärer Ausbreitung. Ankylostoma canium ist ein weitverbreiteter Parasit bei Hunden, Katzen, Wölfen, Füchsen usw.

Harper, F. R.: Chronic Dermatosis with Degeneration of the Collagen (Chronische Dermatose mit Degeneration des Kollagens). S. 201.

Verf. beschreibt die Hauterkrankung einer 77jähr. Frau, die sich immer mehr verbreitet hatte und denkbar lange bestand, zur Zeit am ganzen Körper mit Ausnahme der Handflächen, Fußsohlen und Schleimhäute kleine konfluierende Papeln, elfenbeinfarben bis blaßrot, ohne Entzündung oder Schuppenbildung. Patientin gibt an, daß die Papeln in Intervallen sich stärker vermehrten, besonders stark nach einer Cholezystektomie vor 8 Jahren. Histologisch zeigte sich Schwellung und Degeneration der Kollagenbündel in der subpapillären Schicht des Koriums mit Abnahme der elastischen Fasern an Größe und Zahl und Vermehrung der an der Basis stehenden Zellelemente. Differentialdiagnostisch wird Lichen ruber moniliformis, Pseudoxanthoma elasticum und Myxödem ausgeschlossen.

Digitized by Google

Jones, J. W., u. H. S. Alden: Generalized Lymphogranulomatosis of the Skin (Generalisierte Lymphogranulomatose der Haut). S. 212.

Eine generalisierte Lymphogranulomatose der Haut äußerte sich bei einem 18jähr. Neger mit intensivem Jucken. Dieses Symptom, ferner die Lymphadenose und der gänzliche Verlust der Haare zeigte klinisch viel Ähnlichkeit mit Pityriasis rubra Hebrae.

Schmidt, F. R.: Lupus Erythematosus with Leukemic Observations (Lupus erythomatodes mit Anklängen an Leukämie). S. 217.

1 Monat nach Sepsis des rechten Armes entstand bei einem 30jähr. Mann ein Lupus erythematodes des Gesichts. Im Blut waren Myelozyten nachweisbar. Die Zahl der Leukozyten betrug 13100, so daß Verf. an eine beginnende Leukämie dachte. Nach Goldinjektion verschwand der Lupus erythematodes, und das Blutbild wurde normal: keine Myelozyten; Leukozyten 7200. Verf. hält den Lupus erythematodes für den Ausdruck einer pyogenen oder tuberkulösen Sepsis. Wenn das Virus bei diesem Patienten noch stärker gewesen wäre, so hätte sich vielleicht eine stationäre Leukämie entwickeln können.

Zeller, J. J.: Tubercle of Carabelli, its Significance in Congenital Syphilis (Das Tuberculum des Carabelli, seine Bedeutung für die kongenitale Syphilis). S. 221.

Verf. kommt zu dem Schluß, daß das Tuberculum Carabelli an der medianen Seite des I. bleibenden Molars sowohl bei kongenital syphilitischen Kindern als auch bei Gesunden auftritt, wobei jedoch nicht allein Verf., sondern auch andere, die solche Statistiken aufstellten, die Kinder für gesund hielten, wenn sie keine manifesten Erscheinungen für Lues und eine negative WR hatten. Verf. scheint selbst Zweifel an der Richtigkeit dieser Statistiken zu hegen, denn er führt zum Schluß ein Wort Hutchinsons an: „daß es auch wohl so manche hereditäre Lues gäbe, die nicht diagnostizierbar sei".

1929, Bd. 20, Nr. 3

Walzer, A.: Urticaria. IV. Wheal Formation on Abnormal Skins (Urtikaria. IV. Quaddelbildung auf normaler Haut). S. 277.

Bisher haben andere Autoren experimentell Quaddeln auf anormaler Haut durch lokale Applikation von Chemikalien, Drogen usw. erzeugt; Verf. injizierte ein Serum und gab 25 Stunden später eine sensibilisierende Nahrung. Dadurch wurden Reaktionen sowohl auf normaler wie anormaler Haut erzeugt. Die Reagine bedürfen zur Fixation offenbar nicht unbedingt eine normale Zelle. Aber auf anormaler Haut sind meist die Quaddeln kleiner als auf normaler. Diese lassen sich bei akut entzündlichen Dermatosen auf ein refraktäres Verhalten der Haut zurückführen, bei chronischen Hauterkrankungen auf eine lokale pathologische Veränderung.

Hallorau, Ch.: Dermatitis Exfoliativa Due to Arsenic in Wall Paper (Dermatitis exfoliativa, verursacht durch arsenhaltige Tapeten). S. 303.

Verf. schildert, wie eine Frau durch Aufenthalt in einem mit arsenhaltigen Tapeten bedeckten Zimmer eine Dermatitis exfoliativa bekam, die nach Aufenthalt auf dem Lande verschwand und prompt bei Rückkehr in das Zimmer wiederkam. Die Diagnose derartiger Fälle läßt sich am sichersten durch den As-Nachweis in den Hautschuppen führen. Denn der As-Nachweis im Urin kann auch bei anderen Hautkranken und normalen Personen positiv ausfallen.

Strauss, M. J.: Diplegia Facialis in Early Syphilis (Doppelseitige Fazialislähmung bei Frühsyphilis). S. 306.

Bei Frühsyphilis ist doppelseitige Fazialislähmung selten. Bei den beschriebenen Fällen handelt es sich fast immer um solche, die erst nach schwacher Salvarsaninjektion an doppelseitiger Fazialislähmung erkrankten. Verf. hält Salvarsan hier durchaus nicht für kontraindiziert, verlangt aber eine kräftige Behandlung, sowohl bei eingetretener Lähmung als besonders zur Verhinderung der Nervenerkrankung. Verf. gab bei der ersten Kur insgesamt 7,95 g Neoarsphenamin, außerdem Hg intramuskulär; als erste Dosis Neoarsphenamin 0,3; als weitere 0,9 und 0,75.

White, C.: Autoinoculation Dermatophytosis From Toe Cultures of Human Volunteers (Autoinokulation von Kulturen von einer zwischen den Zehen wuchernden Dermatophytose auf freiwillige Versuchspersonen). S. 315.

Von Pilzherden zwischen den Zehen wurde erfolgreich Material auf den Rücken geimpft; allerdings änderten hier die Pilze bald ihre morphologischen Eigenschaften. Innerhalb 10—16 Tagen waren sie verschwunden und an ihrer Stelle hefeähnliche Organismen nachzuweisen. Es fragt sich, ob es sich hier um eine Sekundärinfektion oder um Bruchstücke der primären Pilze handelt; trotzdem die Pilze verschwunden waren,

Digitized by Google

bestanden die Hautläsionen weiter. In Hautfällen mit negativem Pilzbefund soll man stets daran denken, daß die von einem Pilzherd stammenden Pilze bereits ihre morphologischen Eigenschaften verändert haben können.

Cleveland, E. H.: Leukemia as a Seguel in Skin Disease (Leukämie als Folge bei Hautkrankheiten). S. 220.

Bericht über einen Fall von seit 4 Jahren bestehender Dermatitis herpetiformis, vergesellschaftet mit Raynaudscher Krankheit. 2 Jahre nach Beginn des letzteren Exitus unter dem Bilde einer akuten Leukämie. Verf. erwähnt einen zweiten Fall, der $4^1/_2$ Jahre einen Lupus erythematodes hatte und 3 Monate ante exitum eine typische akute lymphatische Leukämie bekam. In beiden Fällen war das Blutbild stets kontrolliert worden und nie vorher eine abnorme Änderung festgestellt worden.

Williams, G. A.: Vincents Angina (Plaut-Vincentsche Angina). S. 322.

Eine 21jähr. Syphilitikerin erhielt einmal 0,45 und zweimal 0,6 Neoarsphenamin. Am Tage nach der 3. Injektion entstand eine typische Plaut-Vincentsche Angina, die durch lokale Behandlung mittels Boraxpaste zurückging. In diesem Falle hatte nach Verf. das Salvarsan als Therapie bei Angina Plaut-Vincenti versagt. (Da die Hauptmenge des Salvarsans bereits nach 24 Stunden ausgeschieden ist, so ist das Versagen des Salvarsans nichts Erstaunliches und spricht nicht gegen die Salvarsantherapie der Angina Plaut-Vincent. Ref.)

Klauder, J. V., u. H. Brown: Experimental Studies in Eczema. IV. A Correlation of Potassium-Calcium Ratio in the Serum and in the Skin of Rabbits with the Irritability of the Skin (Experimentelle Studien über das Ekzem. IV. Die Beziehung des Kalium-Kalziumgehalts in dem Serum und in der Haut von Kaninchen zu der Reizbarkeit der Haut). S. 326.

Nach Versuchen der Verff. kommt es nie auf die Bestimmung des gesamten Kalziumgehalts bei einer Hautkrankheit an, sondern darauf, ob das Verhältnis der Magnesium-Kalzium-Zonen einerseits und der Natrium-Kalium-Zonen andererseits gestört ist. Wenn einige Autoren nur das gesamte Kalzium bestimmen und danach ihre Therapie einrichten, so werden keine Erfolge dabei herauskommen. Bei den Untersuchungen der Verff. war der Kalziumgehalt normal, während das Natrium-Kalziumverhältnis gestört war.

Odland, H., u. R. E. Hoffstadt: Eruption on the Genitalia Due to a Fungus (Monilia Pinoyi-Castellani) (Pilzerkrankung an den Genitalien; Monilia Pinoyi-Castellani). S. 335.

Bericht über eine soorähnliche Pilzerkrankung der äußeren Genitalien einer Frau, die ihren Mann damit infizierte. Auf der Glans zeigten sich bandförmige weißlich-graue Auflagerungen, die erhebliches Jucken verursachten. Der Pilz wurde als Monilia Pinoyi-Castellani erkannt.

Sheplar, A. E., u. M. B. Patterson: Virulent Anthrax Bacillus From a Case of Malignant Pustule in Man (Virulenter Milzbrandbazillus von einem Fall von Milzbrandkarbunkel bei einem Menschen). S. 323.

Bericht über einen Milzbrandkarbunkel im Nacken, der nach Kratzversuchen lokal bösartig geworden war. Bemerkenswert war die Toxität dieser Milzbrandbazillen, die ein Kaninchen in $2^1/_2$ Tagen töteten. Nach Serumbehandlung Heilung in 14 Tagen.

Montgomery, H.: Superficial Epitheliomatosis (Oberflächliche Epitheliomatose). S. 339.

Ein oberflächliches Epitheliom entsteht stets primär und bietet in seinem Verlauf ein scharf umschriebenes Bild: charakteristisch ist ein oberflächlicher erythematöser schuppender Fleck mit erhabenem Rand; gewöhnlich tritt es multipel, und zwar am Rumpf auf. Das bereits in jüngere Jahre fallende Auftreten und der relativ gutartige langdauernde Verlauf unterscheiden dies Epitheliom von den gewöhnlichen Epitheliomen des Gesichts und der Extremitäten. Metastasenbildung mit Exitus ist äußerst selten. Die beste Therapie ist die Exzision. Die Differentialdiagnose gegen Bowensche und Pagetsche Erkrankung wird genau erörtert. Dieses oberflächliche Epitheliom darf auch nicht mit solchen Epitheliomen verwechselt werden, die nach Arsengaben oder Röntgenbestrahlung entstehen.

Duffy, F. M.: The Bacterial Etiology of Seborrhea (Die bakterielle Ursache der Seborrhoe). S. 358.

Nach den kulturellen Versuchen des Verf.s wird die Seborrhoe des Kopfes durch einen Organismus verursacht, der als Diplo- und Tetrakokkus auftritt und zwischen Bakterien und Hefezellen zu stehen scheint. Die Seborrhoe ist daher nach Verf. eine übertragbare Krankheit.

Digitized by Google

1929, Bd. 20, Nr. 4

Schamberg, J. F.: Bismuth and Neoarsphenamine in Syphilis (Wismut und Neoarsphenamin bei der Syphilis). S. 431.

Schamberg hat in den letzten 5 Jahren bei Frühsyphilis Neoarsphenamin kombiniert mit Wismut gegeben (0,3—0,45 Neoarsphenamin 1 mal wöchentlich und 100 mg Kalium-Wismuttartrat 1 mal wöchentlich). Die Gesamtdosis betrug 5 g Neoarsphenamin und 2 g Wismut. Schamberg will durch diese milde Behandlung mehr negative WR im Blut erreicht haben, vielleicht auch eine Verminderung von Salvarsanschäden. In der Diskussion vertritt Jadassohn-Breslau den Stundpunkt, daß „größere Dosen Salvarsan häufiger Schädigungen verursachen als kleinere Dosen". Andererseits kann er nicht sagen, daß er mit einer Dosierung wie die Schambergs ernsthafte Schädigungen immer hätte vermeiden können. Udo J. Wile betont, daß das Negativwerden der WR nach kurzer Behandlung nichts besagt, sondern erst nach 10—12 Jahren von Interesse ist. Er sah 5 Fälle von akuter gelber Leberatrophie mit tödlichem Ausgang zu einer Zeit, als er „kleinere Dosen gab, als er vorher 12 Jahre lang angewendet hatte". Wile glaubt, daß es sich hierbei um toxische Neoarsphenaminpräparate gehandelt habe. Interessant ist die Bemerkung Pollitzers: „Wenn man die Literatur übersieht, so findet man, daß manche Patienten an Enzephalitis nach außergewöhnlich kleinen Salvarsandosen zugrunde gingen. Es gibt hierbei unzweifelhaft einen gewissen Faktor, den wir noch nicht kennen."

Kesten, B., u. H. Martenstein: Experimental Sporotrichosis (Experimentelle Sporotrichose). S. 441.

Verff. arbeiteten nach der Technik von Jessner-Königsberg, der bereits 1923 nach kutaner und subkutaner Inokulation von Sporotrichumsporen Gruppen von kleinen Papeln auf der Tierhaut feststellen konnte. De Beurmann und Gougerot, Widal und andere konnten durch subkutane und intraperitoneale Impfung disseminierte Hautsporotrichose hervorrufen. Verff. hatten denselben Erfolg durch intrakardiale Impfung; besonders stark war der Ausschlag auf vorher gereizter Haut. Jessner stellte fest, daß nach seiner Impfung sich eine partielle Immunität gegen kutane Reinfektion entwickelte. Verff. fanden dasselbe, wenn sie nach kutaner Inokulation intrakardial reinfizierten.

Lane, J. E.: Erythema Palmare Hereditarium (Red Palms) (Erythema palmare hereditarium [Rote Handflächen]). S. 445.

Bericht über 2 Fälle mit auffallender Rötung der Handfläche. Es bestanden keine subjektiven Beschwerden; ebenso keine Hyperhydrosis, keine Keratosis und keine Schuppenbildung. Diese Rötung ist hereditär bedingt. Histologischo Präparate wurden nicht gemacht.

Skeer, J.: Lichen Scrofulosorum (Lichen scrofulosorum). S. 449.

Ein 8jähr. Pat. mit Lichen scrofulosorum wurde mit Goldnatriumthiosulfat behandelt; da er sich gegen die intravenöse Verabfolgung wehrte, erhielt er einmal wöchentlich 10 mg intramuskulär. Eine lokale Reaktion trat nicht auf. Nach 4monatlicher Behandlung war das Exanthem in großer Ausdehnung verschwunden. Auf den Armen und Beinen sind heute noch Herde vorhanden. Verf. hält dies für einen günstigen Erfolg.

Finnerud, C. W.: Perlèche (Faulecke). S. 454.

Verf. weist nach, daß die „Faulecke" durch eine oberflächliche Hefeinfektion hervorgerufen wird. Die Erregergruppen, obgleich nahe verwandt, stammen aus verschiedenen Familien. Diese gewöhnlich saprophytisch lebenden Hefepilze können zu Zeiten virulent werden. Sie sind vielleicht nicht nur für die „Faulecke", sondern auch für seborrhoische Herde der Wangen und für infektiöse Prozesse an der Nasenöffnung ätiologisch heranzuziehen. Verf. machte seine Studien an 1250 Insassen eines Waisenhauses.

Wile, U. J., H. C. Eckstein u. A. C. Curtis: Lipid Studies in Xanthoma (Fettstudien beim Xanthom). S. 489.

U. J. Wile und Eckstein fanden, daß Xanthome nur 10% des Cholesterols eines normalen Epithels und nur 6% des normalen Blutcholesterols haben. Deshalb muß bei Entstehung der Xanthome eine andere Ursache mitwirken als das wenige Cholesterol, nämlich ein vollkommen gestörter Lipoidstoffwechsel, in dem das Cholesterol auch eine Rolle spielt. Bei Diabetikern schwinden die Xanthome, wenn die zirkulierenden Lipoide schwinden. Unklar bleiben noch die Xanthomfälle, bei denen ein gestörter Lipoidstoffwechsel nicht nachweisbar ist. Verff. berichten über zwei 7- und 8jähr. Schwestern, die keinerlei Anhalt für eine Stoffwechselstörung boten. Trotz der exakten und interessanten Versuche U. J. Wiles ist die letzte Ursache der Xanthome noch nicht geklärt.

Digitized by Google

Goeckerman, W. H., A. E. Osterberg u. Ch. Sheard: Eczema Solare in a Cas of Hematoporphyrinuria (Ekzem durch Sonnenlicht bei einem Fall mit Hämatopor phyrinurie). S. 501.

In diesem Fall konnte Hämatoporphyrin nicht in jedem Urin nachgewiesen werde Nach Quarzlichtbestrahlung des ganzen Körpers wurde $2^1/_2$mal so viel Hämatoporphyri im Urin gefunden als vorher; Bestrahlung weniger Körperstellen war ohne wesentlich Wirkung auf die Hämatoporphyrinurie. Dermatitis durch Bestrahlung konnte nur a den Unterarmen erzeugt werden, wo auch sonst das Ekzem lokalisiert war. Die insel artige Verteilung des Ekzems, das Bestehen seit der Geburt, die Beschränkung de Affektion auf bestimmte Gebiete, die Lichtempfindlichkeit sind sowohl dem Sonnenlicht ekzem als auch der Hydroa vacciniforme eigentümlich. Die Hämatoporphyrinurie mu noch ungeklärt bleiben.

Montgomery, D. W.: Jean Louis Alibert, the Clinician (Der Kliniker Jea Louis Alibert). S. 506.

L. Mühlpfordt-Allenstein.

Bücherbesprechungen

Dornblüth-Bachem: Arzneimittel der heutigen Medizin. Mit therapeutische Notizen zusammengestellt für praktische Ärzte und Studierende der Medizin. 15. Auf VII, 529 Seiten. Verlag von Curt Kabitzsch, Leipzig 1930. Preis geb. RM. 15.60.

Der rühmlichst bekannte „Dornblüth" erscheint nach 6 Jahren in neuer Auflage Auch diese wurde von Bachem besorgt. 400 neue Arzneimittel wurden aufgenommen eine große Anzahl älterer, nicht mehr gebräuchlicher Mittel gestrichen. Bei jedem Prä parat ist auch der Preis angegeben. Dieses Büchlein ist wohl eine der vollständigste Sammlungen der Arzneimittel der heutigen Medizin, das von jedem Praktiker als Nach schlagebuch benutzt werden sollte.

A. Perutz-Wien.

Krieger, H.-Aschaffenburg: Veränderungen des Kitzelgefühls der Haut be Organerkrankungen. (Würzburger Abhandlungen, N. F., Bd. 6, H. 6.) 30 Seiten m 31 Abb. im Text. Verlag von Curt Kabitzsch, Leipzig 1930. Preis RM. 2.40.

Bezüglich der Veränderungen der Hautsensibilität bei Organerkrankungen sin Head und Mackenzie zu folgenden übereinstimmenden Ergebnissen gekommen 1. Der Schmerz, über welchen der Pat. klagt, liegt stets innerhalb der (über)empfind lichen Zonen, sofern diese vorhanden sind. 2. Die Empfindlichkeit ist nicht tief, sonder allein in der Haut gelegen oder subkutan. Eine der besten Methoden besteht im sanfte Aufheben einer Hautfalte zwischen Zeigefinger und Daumen. 3. Diese Empfindlichkeits zonen haben bestimmte Beziehungen zu den erkrankten Organen, liegen aber in viele Fällen um ein beträchtliches von denselben entfernt. Der durch die Reizung erzeugte Schmerz wird nicht durch irgend eine Wirkung auf die Organe selbst hervorgerufen 4. Die oberflächlichen Reflexe sind gewöhnlich in den durch Viszeralerkrankungen be dingten Empfindlichkeitszonen verstärkt. Der vom Pat. gefühlte Schmerz ebenso wi die vom Untersucher festgestellte Hyperalgesie bei Viszeralerkrankungen ist nicht al Organschmerz, sondern als ein in den Geweben der Körperwand empfundener „visze rosensorischer Reflex" (Mackenzie) anzusehen. Katsch und Porges haben die festumschriebenen Hyperalgesiezonen nur meist einseitig und zwar auf Seite des er krankten Organs gefunden. Johannes Müller kam durch Selbstbeobachtungen zu folgenden Ergebnissen: 1. An den meisten Hautstellen nimmt der Gesunde bei leiser Berührung, neben der Berührung zugleich einen deutlichen Kitzel wahr. 2. Im Bereich hyperalgetischer Hautbezirke, welche sich auf reflektorischem Wege bei Erkrankungen der Eingeweide ausbilden, erlischt diese Kitzelempfindung regelmäßig. Dafür stellt sich bei ausgeprägten Hauthyperalgesien eine Schmerzempfindung in Form von Brennen Wundgefühl ein. Fehlt die Hauthyperalgesie, so bleibt eine einfache Berührungs empfindung übrig. 3. Diese Aufhebung der Kitzelempfindung im Bereich der Reflex bezirke ist nicht selten das einzige Zeichen einer Störung der Hautsensibilität bei Eingeweideerkrankungen. Daher kann das Aufsuchen solcher kitzel-unempfindlicher Hautbezirke wertvoll für die Erkennung von Eingeweideerkrankungen sein. Krieger hat im Auftrag von Müller Untersuchungen über diese Erscheinungen angestellt und kommt zu folgendem Ergebnis: Neben den Bezirken gestörter Schmerzempfindung der Haut im Sinne Heads bei Organerkrankungen finden sich, häufiger als diese, gegebenenfalls aber mit ihnen sich deckend, Bezirke gestörten Drucksinnes der Haut; au

Digitized by Google

ausgesprochensten ist die Störung des Hautkitzels. Beide Phänome sind nach Ursache und Ablauf als gleich im Sinne eines viszero-sensorischen Reflexes (Mackenzie) anzusehen. Es kann in den genannten Bezirken sowohl eine Hyper- als (meistens!) eine Hyp- bzw. Anästhesie für Kitzel auftreten, was als etwas im Prinzip Gleiches zu bewerten ist. Meist ist im selben Sinne, wie die Kitzelempfindung, die Berührungsempfindung verändert. Den einzelnen Organen entsprechen bestimmte, nur in der Ausdehnung wechselnde Felder gestörter Kitzelempfindung. Aus ihrer Lage läßt sich ein Schluß auf das erkrankte Organ ziehen. Die Störung ist parallel dem Heilungsverlauf reversibel. Scherber-Wien.

Muchow, H.-Hamburg: Der Essig als Mittel der Gesundheitspflege für Mensch und Tier. 3. neubearb. u. verbesserte Aufl. Verlag von Otto Gmelin, München 1929. Preis RM. 2.40, geb. RM. 3.50.

Verf. tritt mit großer Begeisterung in populärer Art für die vielgestaltige Anwendung des Essigs (zu Inhalationen, Spülungen, Abreibungen, zur Hautpflege usw.) ein. Von den in diesem Büchlein erwähnten Indikationen wären zu erwähnen: Essigwaschungen als Hautreizmittel, ferner zu hydrotherapeutischen Prozeduren, als Mittel gegen Sommersprossen und Kopfschuppen, gegen Hautjucken, gegen Laugenverätzungen, als blutstillendes Mittel. A. Perutz-Wien.

Kromayer, E.-Berlin: Ekzem und Ekzembehandlung. (Sonderdruck a. d. Neuen Deutschen Klinik, 1929, Nr. 11.) Verlag von Urban u. Schwarzenberg, Berlin 1929.

Verf. legt hier die Ergebnisse einer über 30jähr. persönlichen Erfahrung nieder. Er gibt eine zusammenfassende Übersicht über die ätiologischen, klinischen, anatomischen und sonstigen in Betracht kommenden Fragen, besonders auch über die Therapie unter Berücksichtigung der neuesten Anschauungen, aber vor allem mit eigener, wertvoller Stellungsnahme des geübten Praktikers und forschenden Gelehrten. Auch K. sieht, wie die meisten Dermatologen, heute die Ursachen des Ekzems vorwiegend in äußeren Reizen, er erkennt aber von innerer ätiologischer Veranlassung doch sehr die harnsaure Diathese an, er hat in seiner Beobachtung sehr oft ein „harnsaures Ekzem" diagnostiziert. Wichtig ist die Betonung der Tatsache, daß trotz angenommener innerer Ätiologie das Ekzem in der Haut dann doch eine von seinen Entstehungsursachen unabhängig gewordene Hautentzündung ist, die durchaus auch ihrer systematischen äußeren Behandlung bedarf. In der Therapie bespricht Verf. die einzelnen Faktoren in ihren Grundzügen, die Ruhigstellung der Haut durch Wasserbad, Puderbehandlung, Salbenbehandlung, die Reizbehandlung durch Medikamente, Licht, Röntgen und Radium, die Ätzbehandlung, interne Therapie usw. Namentlich der Röntgenbehandlung wird zur letzten Beseitigung der Ekzemreste eine überlegene Rolle zugesprochen. Auch der mit diesen Dingen vertraute Spezialist liest die Arbeit mit viel Anregung und Genuß. Bruhns-Charlottenburg.

Jaensch, W.-Berlin: Die Hautkapillarmikroskopie. (In Gemeinschaft mit W. Wittneben-Hephata, Th. Hoepfner-Kassel, C. v. Leupoldt-Neuruppin und O. Gundermann-Merseburg.) Verlag von Carl Marhold-Halle a. d. S., 1929. Preis RM. 9.30, geb. RM. 10.30.

Diese Abhandlung enthält umfangreiche und sorgsame Untersuchungen über Kapillarveränderungen bei Intelligenzdefekten von Schulkindern, Schizophrenen, Kropfkranken und anderen, ohne Beziehungen zum dermatologischen Sonderfach. Es erweist die Wichtigkeit der Hautkapillarmikroskopie auch bei diesen pathologischen Prozessen und mag Interessenten empfohlen werden. Bruhns-Charlottenburg.

Ravaut, P., u. R. Roulin: Le Rheumatisme blennorrhagique. Verlag von G. Doin & Cie, Paris. Preis 8 Francs.

In dieser kleinen Monographie wird die Geschichte der Erforschung der gonorrhoischen Gelenkmetastasen, die Pathogenese, Klinik, Anatomie, die Komplikationen und die Behandlung in kurzer Form teils auf Grund eigener Erfahrungen, teils wesentlicher in der Literatur niedergelegter Daten geschildert. Bei der geschichtlichen Behandlung darf ich wohl hervorheben, daß E. Fränkel zuerst im Gelenkexsudat Gonokokken nachwies. Die Einteilung der verschiedenen Formen entspricht ungefähr den meinigen, auch die Behandlung ist nicht wesentlich verschieden von der bei uns üblichen. Von der eigentlichen Vakzinetherapie — auch der unspezifischen — halten die Autoren bei den schwereren Formen des Leidens nicht viel. Mehr scheint ihnen die intravenöse Application von Gonokokkenserum unter besonderen Kautelen, eventuell in diluierter Form mit Zusätzen nach Besredka zu nützen. Die genauere Methodik muß im Original nachgelesen werden; sie scheint mir doch nicht ganz ungefährlich zu sein. Im übrigen kann die Arbeit zur schnellen Orientierung über den Gegenstand empfohlen werden.

A. Buschke-Berlin.

Digitized by Google

Mitteilungen aus der Literatur

Lepra

Zolkevitsch, Anna-Leningrad: Über die morphologischen und biochemischen Veränderungen des Bact. leprae Kedrowski unter dem Einfluß der Radiumemanation. Zbl. f. Bakt., Bd. 113, H. 1/2, S. 67.

Emanationsdosen von 1—2½ MC bedingen geringe Wachstumshemmung. Nach Einwirkung von 10—52 MC ist eine Verimpfung der Kultur nicht mehr möglich. Die gleiche Dosis führt ferner zur Verkürzung der Zelle im Längendurchmesser um das 2—3fache. 0,5 und 1 MC bewirken dagegen Riesenzellbildung, die um das 20—30fache das Ausmaß der Kontrollzellen übertreffen und an die Hyphen der Aktinomyzetten erinnern. Hohe Dosen beeinträchtigen die Säurefestigkeit, ferner die Färbbarkeit nach Gram und nach Muck. F. Harry-Wiesbaden.

Schwarzmann, B.-Aschabad: Beobachtungen über die Verbreitung der Lepra am Kaspischen Meer. Zbl. f. Bakt., Bd. 112, H. 6/8, S. 458.

Die Lepra wird in das Gebiet am Kaspischen Meer ausschließlich aus Persien eingeschleppt. Ihre Verbreitung wird durch die Meeresnähe und die unhygienischen Lebensverhältnisse gefördert. Wahrscheinlich spielt auch der Genuß von Fischen und die Übertragung durch Fliegen und Mücken, die sich an den Entleerungen Leprakranker infizieren, eine große Rolle. F. Harry-Wiesbaden.

Souza-Araujo, H. de: Die äußerliche Behandlung der Lepra. Rev. Brasil. Med., Jahrg. 5, Nr. 1/2, S. 80.

Verf. bespricht kurz die anzuwendenden Mittel wie Kohlensäureschnee, Thermokauter, Trichlosessigsäure usw. Er bringt eigentlich nichts Neues. Zum Schluß wird noch kurz die Behandlung mit Hydnocarpus wightiana gestreift. Ruge-Hamburg.

Tuberkulose

Orzechowski, G.-Breslau: Vergleichende Untersuchung über die Züchtung des Tuberkelbazillus nach den Methoden von Uhlenhut und Hohn. (Untersuchungsamt d. Hyg. Inst.) Zbl. f. Bakt., Bd. 111, Nr. 6/8, S. 362.

Vergleichende Untersuchungen, Tuberkelbazillen aus Sputum nach den Methoden von Uhlenhuth und Hohn zu züchten, ergaben die Überlegenheit des Hohnschen Verfahrens. Von 75 bazillenhaltigen Sputa wurden mit der Antiforminanreicherung nur 29—39% positive, dagegen bei der Anreicherung mit Schwefelsäure 72—96% positive Züchtungsergebnisse erzielt. Für die mikroskopische Untersuchung ist die Hohnsche Methode nicht brauchbar. F. Harry-Wiesbaden.

Radó, B., u. Th. v. Huth-Budapest: Über die Bedeutung der Tuberkelbazillenzüchtung nach Löwenstein-Hohn aus dem Urin. (Urol. Kl. d. kgl.-ungar. Pazmany-Peter-Univ.) Z. urol. Chir., Bd. 26, H. 5/6, S. 396.

Bei der Beurteilung einer Methode müssen wir berücksichtigen, daß in alten Fällen alle Tuberkelbazillen abgestorben sein können, weshalb man in diesen Fällen bei sicher tuberkulöser Ätiologie keinen positiven Befund erwarten kann. Die bisherigen Veröffentlichungen über die Hohnsche Modifikation der Löwensteinschen Methode stammen größtenteils aus bakteriologischen Instituten, während die beiden Veröffentlichungen aus Kliniken nur über die Löwenstein-Sumiyoshischen Methode berichten. So ist diese Arbeit, die über 80 Fälle berichtet, sehr zu begrüßen. Von den untersuchten Urinproben waren sechs von ein und demselben Patienten, so daß also nur 74 Fälle untersucht wurden. Angelegt wurden 308 Eierröhrchen und Glyzerinkartoffelnährböden. In 7 Fällen war die Kultur positiv, die mikroskopische Untersuchung negativ. 42 Fälle waren bakteriologisch und mikroskopisch positiv, 32 Fälle negativ. Da die reine Bazillurie bis jetzt noch unbewiesen ist, ist der positive Befund immer von ernster Bedeutung. In 75—80% bringt das mikroskopische Präparat aus dem steril entnommenen Harn, eventuell bei Wiederholung oder im „dicken Ausstrich" (Osolpräparat), ein positives Ergebnis. Da der Tierversuch auch bei negativem Ausfall nicht beweisend ist, wird man von dem kostspieligen und langsamen Tierversuch immer mehr abkommen. Die Löwenstein-Hohnsche Methode gibt in 2—3 Wochen eindeutige Resultate, die die mikrosko-

Digitized by Google

pische Untersuchung ergänzen und den langwierigen Tierversuch überflüssig machen. Die positiven Resultate des Verf.s wurden alle durch die Operation resp. durch die Autopsie bestätigt. A. Rosenburg-Mannheim.

Karwacki, L.: Saprophytisme des Bacilles tuberculeuses (Saprophytismus des Tuberkelbazillus). Compt. rend. Soc. Biol., Bd. 100, Nr. 13, S. 1152.

Das saprophytische Wachstum ist charakterisiert durch schnelle Entwicklung auf künstlichen Nährböden, auch bei gewöhnlicher Temperatur, leichte Kultur auf den üblichen, nicht glyzerinhaltigen Nährböden, Mangel spezifischer Pathogenität für Meerschweinchen. Bei den verschiedenen saprophytischen Stämmen sind jedoch diese verschiedenen Eigenschaften nicht sämtlich zu finden. Es werden verschiedene von ihnen näher beschrieben. E. Levin-Berlin.

Karwacki, L.: Conséquences pratiques du saprophytisme des Bacilles tuberculeuses (Praktische Folgerungen aus dem Saprophytismus des Tuberkelbazillus). Compt. rend. Soc. Biol., Bd. 100, Nr. 13, S. 1154.

Durch die Feststellung der saprophytischen Stämme des Tuberkelbazillus haben manche differentialdiagnostische Charaktere zwischen den säureresistenten Paratuberkelbazillen und den Tuberkelbazillen der Warmblüter an Wert verloren. Auch der Mangel der spezifischen Pathogenität für Meerschweinchen ist kein absolutes Kriterium, da er, wenn auch vielleicht nur sehr selten, bei spontan entstandenen saprophytischen Stämmen vorkommen kann. Die letzteren können auch zu Schutzimpfungen herangezogen werden, ebenso auch zu therapeutischen Zwecken.
E. Levin-Berlin.

Hollande, A. Ch., u. Frl. G. Crémieux: Endoparasitisme cellulaire du Bacille tuberculeux. Les cellules géantes ne sont que des mycétocytes (Zell-Endo-Parasitismus des Tuberkelbazillus. Die Riesenzellen sind Myzetozyten). Compt. rend. Soc. Biol., Bd. 100, Nr. 12, S. 996.

Mit einer näher beschriebenen Färbemethode der von Lunge, Milz, Drüsen stammenden Schnitte wurden in den epitheloiden und den von ihnen abstammenden Riesenzellen, allerdings verhältnismäßig selten, feine isolierte Körner, nicht säureresistente Fäden, die z. T. die vorgenannten Körner enthielten, Bazillen, die sich nur schwach mit Fuchsin färbten, neben lebhaft rotgefärbten und stark säureresistenten Kochschen Bazillen gefunden. Bei den Körnern kann es sich nicht um Zentrosomen oder um siderophile oder fuchsinophile Einschlüsse oder um Degenerationsprodukte handeln. Die Fäden sind nicht säureresistent; als Übergang von ihnen zu den typischen Tuberkelbazillen fanden sich bisweilen in derselben Zelle sehr dünne, kaum rötlich gefärbte Fäden, die ein Muchsches Körperchen einschlossen. Die säureresistente Form des Tuberkelbazillus erscheint besonders im Beginne der Nekrose der Wirtszelle; sie wird als seine Dauerform betrachtet, die von der Entwicklung eines nicht säureresistenten vegetativen Elementes abstammt. Zwischen ihm und der Wirtszelle besteht keine wirkliche Symbiose, es handelt sich nur um einen Endoparasitismus, indem die verschiedenen bazillären Formen hypertrophieren und durch ihre Toxine die Wirtszelle töten. Die Riesenzellen werden so zu nicht dauernden Myzetozyten.
E. Levin-Berlin.

Ciuca, M., M. Franke u. Z. Vitner-Rosenthal: Au sujet de la vaccination BCG et de son innocuité (Über die Vakzination mit BCG und deren Unschädlichkeit). Ann. Inst. Pasteur., Bd. 43, Nr. 2, S. 168.

Die pathologisch-anatomischen Untersuchungen von Organstückchen von fünf mit BCG behandelten und zwischen dem zweiten und zwölften Monat nach der Vakzination verstorbenen Kindern ergaben eine Herdläsion nur in den ersten 60 bis 70 Tagen. Nach der Vakzination waren Läsionen nur in den Mesenterialdrüsen vorhanden. Zu diesem Zeitpunkt fanden sich in den Krankheitsherden polynukleäre Leukozyten und Zellen aus dem retikulo-endothelialen System. Die bindegewebige Umwandlung der Krankheitsherde ist vor dem 75. Tage nach der Vakzination beendet. Die Verimpfung von Drüsenbrei in Meerschweinchen verlief mit negativem Resultat. Man fand weder Tuberkeln noch andere tuberkulöse Läsionen in der Zeit zwischen dem 2. und 12. Monat nach der Vakzination. Auf Grund ihrer Untersuchungen halten die Autoren die Impfung mit BCG für absolut unschädlich.
T. Benedek-Leipzig.

Lubarski, W. A.-Moskau: Über das Schicksal des „BCG" im Organismus. Zschr. f. Tbc., Bd. 53, H. 5, S. 427.

Die Dauer des BCG-Aufenthaltes („Bacille-Calmette-Guérin") im Orga-

Digitized by Google

nismus erreicht in den Meerschweinchenversuchen 6—8 Monate. Die Befreiung des Organismus von dem BCG geht durch beschleunigtes Zugrundegehen der Bazillen vor sich (Entstehung säurefester Körner) und durch Bazillenausscheidung durch den Darm. Bakteriolyse und Lipolyse von BCG findet nicht statt. Die durch Vakzination der Neugeborenen mit BCG erworbene Immunität währt wohl kaum über ein Jahr. Daher ist außer der Vakzination auch noch eine Revakzination erforderlich. Die beschleunigte Vernichtung des BCG im Organismus und ihre Ausscheidung dient als Beweis der Gefahrlosigkeit der BCG-Vakzination. F. Landauer-Berlin.

Flatzeck, A.-Plauen: Tuberkulosefragen in der Sprechstunde des praktischen Arztes. Verlag der Ärztlichen Rundschau, München 1929, Preis RM. —.8

In knappester Form werden die diagnostischen Probleme der beginnenden Tuberkulose behandelt, die dem Praktiker in der Sprechstunde täglich begegnen und deren richtige Entscheidung Schicksal bedeutet für die Zukunft des Pat. Unter Fortlassung aller komplizierten Untersuchungsmethoden, die in der Allgemeinpraxis doch nicht zur Ausführung kommen, wird die Wichtigkeit einer exakten Anamnese betont außer der genauen physikalischen Untersuchung (Frühinfiltrat!). In allen Fällen Feststellung der Blutsenkungsgeschwindigkeit — erhöhte Blutsenkungsgeschwindigkeit muß stets den Verdacht auf Tuberkulose wachrufen — in allen zweifelhaften Fällen Heranziehung des Röntgenbildes. Gründliche klinische Beobachtung (Temperatur, Gewicht, Auswurf) ist selbstverständlich. F. Landauer-Berlin.

Albert, W.-Freiburg i. Br.: Statistische Untersuchungen über Hauttuberkulose. (Univ.-Hautkl.) Strahlentherapie, Bd. 32, H. 7, S. 309.

Das gesammelte Material, welches sämtliche klinischen und ambulanten Kranken vom 1. Okt. 1915 bis 30. Sept. 1928 umfaßt, beträgt 923 Fälle aller Formen von Hauttuberkulose. Was die Zugangsfrequenz der einzelnen Jahre betrifft, so zeigt Verf. an einer Tabelle, daß der Einfluß des Krieges und der Nachkriegsjahre ein außerordentlicher war. Die Kurve bringt nach etlichen besseren Jahren ein plötzliches Ansteigen der Gesamtkrankenziffer im Jahre 1926 und eine neuerliche Zunahme der Frauentuberkulose im Jahre 1928, wofür eine genügende Erklärung nicht vorliegt. Das weibliche Geschlecht ist im allgemeinen häufiger befallen als das männliche. Es ist unbestreitbar, daß die besser situierten Kreise nicht in dem Maße an Hauttuberkulose erkranken als die ärmere Bevölkerung, bei der Hygiene und Lebensbedingungen schlechter sind. Die prävalierende Form der Hauttuberkulose ist die lupöse. Sie umfaßt 654 Fälle des Gesamtmaterials. Sie bevorzugt die ersten drei Lebensjahrzehnte und das weibliche Geschlecht. Im ersten Lebensjahrzehnt stehen 97 Knaben schon 108 Mädchen gegenüber. Die häufigste Lokalisation des Lupus ist das Gesicht, die zweithäufigste die Extremitäten. Sehr selten findet er sich am behaarten Kopf, am Rumpf, am Anus und am Genitale. Unter den 654 Lupuskranken waren 15 Lupuskarzinome. Von anderen Formen der Hauttuberkulose erwähnt Verf. noch die recht häufig auftretende Tuberculosis colliquativa (114 Fälle), die ebenso wie die seltenere Tuberculosis verrucosa mehr das männliche Geschlecht befällt, die relativ seltene Tuberculosis lichenoides und papulo-necrotica, ferner die Tuberculosis indurativa. Diese Form tritt meist im zweiten Jahrzehnt auf und so gut wie nie nach dem 30. Jahr. Sie bevorzugt fast ausschließlich das weibliche Geschlecht. E. Kottmaier-Mainz.

Tagesgeschichtliche Nachrichten

Die Ärztekammer für die Rheinlande und eine große Anzahl anderer dortiger ärztlicher Organisationen in Verbindung mit den medizinischen Fakultäten Köln und Münster geben eine Erklärung heraus, in der sie die Einbeziehung der Heilbehandlung Geschlechtskranker in den öffentlichen Beratungs- und Untersuchungsstellen aus grundsätzlichen Erwägungen ausdrücklich ablehnen. R.

Nachdruck (auch des Abschnittes „Tagesg. Nachr.") ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt

Verantwortlich für die Redaktion: für Originalabhandlungen und T. N.: Prof. Dr. J. H. Rille, Leipzig. Für den Referatenteil: Dr. Fritz Callomon, Dessau

Digitized by Google

Dermatologische Wochenschrift

Nr. 7 (Bd. 90) 15. Februar 1930

Zweiter Beitrag zur Klinik der anormalen Lichenifikation

Von

Prof. Dr. B. Beron, Vorstand der Universitätshautklinik zu Sofia

Mit 4 Abbildungen im Text

In dieser Zeitschrift (1929, Nr. 13, S. 469) haben wir eine kurze Arbeit über die anormale Lichenifikation der Haut veröffentlicht und die Beschreibung von vier eigenen Fällen angeschlossen. Seitdem haben wir Gelegenheit gehabt, noch zwei weitere Kranke mit so charakteristischen Veränderungen dieser seltenen Hautaffektion zu beobachten, daß wir deren Beschreibung für nicht uninteressant halten.

Abb. 1. Hypertrophische anormale Lichenifikation des Skrotums und Perineums

Abb. 2. Riesenhafte Akanthosis, Hyperkeratosis und teilweise Parakeratosis. In die Länge ausgezogene Papillen. Zellinfiltration in der ödematösen Kutis, besonders um die Retezapfen. (Reichert-Obj. 3, Ok. II, Hämalaun-Eosin)

Digitized by Google

Der erste Fall betrifft einen 60jährigen Mann. Familienanamnese o. B. Patient sagt aus, daß er seit 20 Jahren an starkem Jucken der Skrotalhaut leidet. Das Jucken soll anfallsweise aufreten und so intensiv sein, daß der Kranke sich wund kratzen muß, um einige Erleichterung zu bekommen. Seit 3 Jahren bemerkt Patient, daß die juckende Hautpartie des Skrotums sich verdickt und in die Höhe auswächst. Die Affektion, zuerst auf den hinteren Teil der Skrotalhaut beschränkt, hat sich allmählich nach oben ausgebreitet und hat auf das Perineum übergegriffen. Seit 2 Jahren spürt Patient Jucken auch auf den Handrücken und an den Ellenbogen. Sonst fühlt er sich wohl, Appetit und Schlaf sind gut, er ist nicht nervös. Der Kranke gibt an, daß er starker Raucher ist, ziemlich viel Branntwein trinkt und daß er selber eine Verstärkung des Juckens bemerkt, wenn er mehr Alkohol als gewöhnlich zu sich genommen hat.

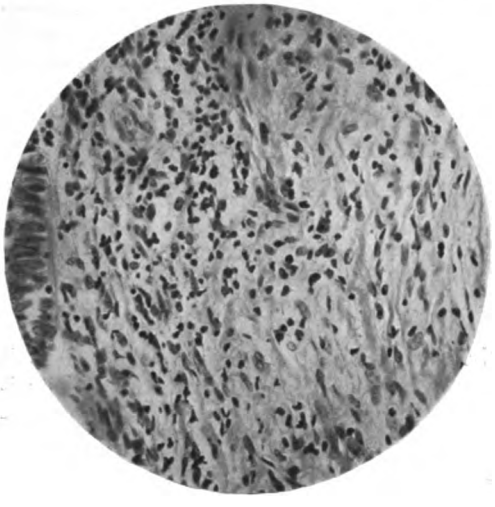


Abb. 3. Infiltrat, bestehend aus Lymphozyten, vereinzelten Plasmazellen und ziemlich vielen eosinophilen Zellen (8 bis 12 im Gesichtsfeld). (Reichert-Obj. 7, Ok. IV, Hämalaun-Eosin)

Status praesens: Patient ist für sein Alter gut entwickelt. Auf den beiden Handrücken und an den beiden Ellenbogen sieht man symmetrische, ziemlich scharf begrenzte, rundliche Stellen von 3—5 cm Durchmesser, auf denen die Haut gerötet, zerkratzt und schwach lichenifiziert ist. Viel stärker ist die Haut der hinteren Fläche des Skrotums und des Perineums affiziert (Abb. 1). Man sieht hier eine in der Mittellinie gelegene, etwa 14 cm lange, 6 cm breite und einige Millimeter bis 1 cm hohe, blaßrote, bandförmige, unregelmäßige Hauterhebungen. Der untere (in der Abb. obere) Teil der tumorartigen Affektion, der nach Angabe des Kranken die am frühesten affizierte Stelle darstellt, ist am höchsten, hat abgerundete, scharf begrenzte Ränder und eine zerkratzte, durch tiefe, sinusöse Einschnitte stark gefurchte, zerebriform aussehende Oberfläche. Der nach dem Perineum zu gelegene Teil der Affektion der Skrotalhaut, sowie die befallene Haut des Perineums selbst ist flacher, hat eine mehr körnige Oberfläche und geht unmerklich in die umgebende Haut über. Letztere ist stärker als normal pigmentiert, an zwei Stellen aber auch depigmentiert und zeigt normale Lichenifikation. Innere Organe normal. WR negativ.

Abb. 4.
Diffuse Lichenifikation des Gesichts

Die histologische Untersuchung eines Hautstückes der tumorartigen Bildung (Abb. 2 und 3) ergibt folgendes: Epidermis: starke Hyperkeratosis und stellenweise Parakeratosis. Riesenhafte Akanthosis, ohne atypische karzinomähnliche Wucherung. Retezapfen tief ins Korium sich einbohrend.

Digitized by Google

verbreitert, nicht selten gegalbet, zeigen vielfache Verschmelzungen. In der Basalschicht trifft man öfters Mitosen. Kutis: Papillen schmal, stark in die Länge ausgezogen. Zellinfiltrat besonders um die Retezapfen, bestehend aus Lymphozyten, Leukozyten, Plasmazellen und ziemlich vielen eosinophilen Zellen. Das kollagene Gewebe rarefiziert und ödematös.

Beim zweiten Falle (Abb. 4) handelt es sich um eine typische diffuse Lichenifikation der Gesichtshaut.

Patient ist 50 Jahre alt, Landarbeiter, verheiratet, Familienanamnese o. B. Aus der persönlichen Anamnese ist hervorzuheben, daß der Kranke sich immer wohlgefühlt hat, nicht raucht, nicht trinkt und seit 3 Jahren an Jucken der Gesichtshaut leidet. Das Jucken hat sich allmählich auf die ganze Körperoberfläche ausgebreitet. Es ist sehr stark und tritt anfallsweise auf.

Status praesens: Die Haut des Halses, der Brust, der Achselhöhlen und der Volarflächen der beiden Handgelenke ist hyperpigmentiert und befindet sich im Zustand normaler Lichenifikation. Die Haut des Gesichts ist noch ausgesprochener pigmentiert, fast braunschwarz, chagriniert und stark gefurcht, was besonders auf der Stirn hervortritt.

Allgemeiner Zustand gut. Die Untersuchung der inneren Organe ergibt normalen Befund. Schleimhäute frei. WR negativ.

Hemiatrophia alternans facialis progressiva mit halbseitiger Alopezia, Pigmentverschiebung und Hautatrophie

Von

Dr. Eugen Bernstein in Frankfurt a. M.

Mit 3 Abbildungen im Text

Der vorliegende Fall von trophoneurotischen Störungen beansprucht sowohl das Interesse der Dermatologen wie das der Neurologen. Abgesehen von den vasomotorisch-angioneurotischen Erkrankungen wie Raynaudsche Krankheiten, Quinckesches Ödem, Skleroasphyxie, Akrozyanosis, Sklerodermie usw. sind dem Dermatologen auch andere, rein neurotrophische Erkrankungen geläufig, wie z. B. Decubitus acutus, mal perforant, trophische Störungen bei Syringomyelie und nach peripheren Nervenerkrankungen, Pigmentanomalien und Haarwuchsstörungen, strichweisem Ergrauen der Haare bei Neuralgien und letzten Endes das sogenannte Bild der Hemiatrophia facialis progressiva (Romberg). Diese Hemiatrophia facialis progressiva zog Samuel als Argument für die Begründung seiner Theorie heran, daß es sich bei den sogenannten neurotrophischen Störungen um eine Erkrankung besonderer trophischer Nerven handelt. Mendel wandte sich gegen diese Annahme, indem er bei der Sektion eines solchen Falles auch die Beteiligung des Trigeminusgebietes fand, eine Neuritis interstitialis prolifera und eine sekundäre Atrophie des zerebralen Quintuskerns. Dagegen stellte Hagelstamm trotz der Atrophie des Quintuskerns keine Anzeichen einer Hemiatrophia facialis progressiva fest. Cassirer kommt zu dem Schluß, daß man von einer Sonderexistenz besonderer trophischer Zentren bzw. trophischen Nerven nicht sprechen könne, sondern daß der zentrale krankhafte Reiz den Weg der peripheren, motorischen und sensiblen Nerven beschreite.

Digitized by Google

Ein dem von mir beobachteten Falle entsprechender ist, soweit ich aus der mir zur Verfügung stehenden Literatur ersehen konnte, nicht beschrieben worden und er dürfte zur Bekräftigung der CASSIRERschen Ansicht herangezogen werden können.

Patient 20 Jahre alt. Im 8. Lebensjahr sind die ersten Symptome der Krankheit aufgetreten. Von einer akuten Krankheit, wie Grippe, Hirnhautentzündung und dgl. wird nicht berichtet.

Rechte Gesichtshälfte gegen links wesentlich atrophisch, desgleichen rechte Zungenpartie. Am rechten unteren Augenlid keine Wimpern. Innervationsvermögen auch in der rechten Gesichtshälfte trotz der Atrophien gut erhalten, wenn auch gegen links geringer (Abb. 1 und 2).

Obere Extremitäten: Reflexe o. B., keine pathologischen Formdifferenzen. Keine Sensibilitätsstörungen. Linke Schultermuskulatur schwächer als rechte, aber

Abb. 1. Atrophie der rechten Gesichtshälfte

Abb. 2. Haarausfall und Pigmentverschiebung halbseitig rechts

im Bereich der Norm. Linke Mamma größer als rechts. Bauchdeckenreflexe regelrecht. Untere Extremität: Deutliche Atrophien des ganzen linken Beines gegen rechts, um 2 cm kürzer als das rechte. Linke Schuhnummer 33, rechte Schuhnummer 35. Deutliche Atrophie des linken Fußes also, unter Beteiligung sämtlicher Zehen, besonders der 2. Zehe, der ganze Fuß leicht dorsal-reflektiert, in einer Art leichter Klumpfußstellung (Abb. 3). Deutliche Hyperreflexe links, auch geringe spastische Beweglichkeiterschwerung gegen rechts. Kein Pyramidenzeichen. Kein Tremor. Kein Romberg. Blutdruck: RR 125/175. Herz o. B. Keine Anhaltspunkte für ausgesprochene endokrine Störung. Auf der rechten Seite des Kopfes, bis zur Mittellinie reichend Haarausfall, vorwiegend an der rechten Schläfe. Die Haut zeigt deutliche Atrophie. Die Haut der rechten Halsseite weist recht erhebliche Pigmentverschiebungen auf, am stärksten ist die Pigmentanhäufung im Bereich des oberen Teiles des Musculus sternocleidomastoideus. In der Umgebung findet man vereinzelte ganz dick pigmentierte Stellen. Ganz geringe Pigmentanomalien findet

Digitized by Google

man auch an unsymmetrischen Teilen, nur sind sie ganz minimal. Der Musculus sternocleidomastoideus ist atrophisch, deshalb erscheint die Schilddrüse etwas vergrößert. Ebenso ist das rechte Augenlid etwas nach oben verzogen, höchst wahrscheinlich durch eine Innervationsschädigung des Fazialis.

Die Haut des Unterschenkels an der kontralateralen Seite ist dünn, glänzend, atrophisch, läßt sich in der Oberhaut in kleinste Fältchen legen, ist sonst aber mit dem Fettgewebe und der Muskulatur stark verbacken und macht eher den Eindruck einer sklerodermieartigen Veränderung.

Wir sehen also, daß die Hautveränderungen bzw. Pigmentanomalien, Haarausfall und sklerodermieartigen Veränderungen keine zufällige Koinzidierung mit der Hemiplegia alternans facialis Typ Millard-Gubler ist, sondern höchstwahrscheinlich in kausalem Zusammenhang mit der zentralen Erkrankung steht. Differentialdiagnostisch hätte man an einen pluriglandulären Symptomenkomplex denken können, aber deutliche Symptome waren nicht zu eruieren.

Abb. 3. Röntgenbild. Knochenatrophie an der linken kontralateralen Seite

Es ist also anzunehmen, daß es sich höchstwahrscheinlich um eine zentrale Läsion in der Gegend des Pons handelt. Der krankhafte Reiz erzeugte in den Ausdrucksorganen eine Trophoneurose, und dieser trophische Reiz beschritt den Weg der sensiblen und motorischen Bahnen. Wir haben es hier mit einer Hemiatrophia alternans facialis progressiva Romberg zu tun, ein Bild, das wohl dem der Hemiplegia alternans entspricht, aber demselben nicht ganz adäquat ist. Es ist wohl eine Hemiatrophia facialis beschrieben worden, aber keine Hemiatrophia alternans facialis. Den Dermatologen interessiert vor allem die Atrophie der Haut, der halbseitige Haarausfall, die Hautatrophie an der Kontralateralseite und die Pigmentanomalien in Gestalt von Pigmentanhäufungen und Verschiebungen, die wie in dem von uns beschriebenen Fall als trophische Störung im Sinne einer Trophopathie zentralen Ursprunges anzusehen ist.

Digitized by Google

Aus der Universitäts-Klinik für Geschlechts- und Hautkrankheiten in Wien
(Vorstand: Prof. Dr. W. Kerl)

Über Verwendung der Iontophorese zur Behandlung von Erkrankungen der Haut

Von

Dr. Ernst Kästenbaum

Die von Du Bois-Reymond, Leduc, Arrhenius, Frankenhäuser u. a. schon vor einigen Jahrzehnten in die Medizin eingeführte Ionto-Kataphorese ist in ihrem Wirkungsmechanismus noch umstrittenes Gebiet. Trotz der großen Indikationsbreite, die von Frankenhäuser, Albrandt, St. Leduc u. a. angegeben wurde, konnte die Methode doch keine allgemeine Verbreitung finden, obwohl sie für die Hautkrankheiten die Methode der Wahl wäre. Der Grund hierfür ist wohl einerseits die kompliziertere, einiges technisches Verständnis und Instrumentar voraussetzende Behandlung, andererseits die gleichzeitig in Konkurrenz getretene Strahlenbehandlung, die einfacher in ihrer Handhabung und in ihrer mannigfaltigen Verwendungsmöglichkeit als eigenes Spezialgebiet erstaunliche Erfolge aufzuweisen hatte.

Die Iontophorese erfordert sorgfältige dermatologische Beobachtung, läßt ein Schematisieren nicht zu und setzt bei falscher Technik unangenehme Schäden. Hat auch die Praxis bis zu einem gewissen Grade Indikation und Medikamente festgesetzt, so sind Mißerfolge wahrscheinlich dem unrichtigen Medikament und vielleicht auch der Einbringungstiefe zuzuschreiben. Als Medikamente wurden bisher solche verwendet, die auch in anderer Applikationsart erfolgreich wirkten. Als Einbringungstiefe suchte man ein Maximum zu erreichen, obgleich gerade bei der Behandlung von Hautkrankheiten das Maximum nicht das Optimum darstellen muß, weil dabei ein Abtransport in den Körper erfolgen kann, der eine Konzentration verhindert.

Die Experimente, die in Hinblick auf die Einbringungsmöglichkeit gemacht wurden, fielen ganz verschieden aus. Die Experimente von Frankenhäuser mit Einverleibung von Zyan führten zu sofortigem Tode der Versuchstiere. Neuere Versuche von Cross, röntgenologisch iontophoretisch eingebrachte Metallsalze nachzuweisen, fielen positiv aus, ebenso konnte von Abramowičz Sanokrysin (Gold) iontophoretisch ins Kaninchenauge eingebracht werden, während der Versuch mit Neosalvarsan nicht gelang. Bettmann konnte 10 %ige Jodlösung iontophoretisch verwendet im Speichel nicht nachweisen, während Kokain nach $^1/_2$ stündiger Applikation 1—2 mm tief gefunden wurde. Sein Kartoffelversuch mit Jodisan und Jodkali ergab nach einer halben Stunde mit 6—10 mA, daß Jod am positiven Pol in 3 mm, am negativen Pol in 1 mm Tiefe eingedrungen war. Bei Applikation von Jodkalium durch die Scheide (Panjutin) kam ein Fall von Jodismus vor, wobei offenbar die Resorptionsverhältnisse hier aber besser sind als von der Haut aus; so beschreibt David Haldin

Digitized by Google

inen Fall von Argyrie bei einfacher Protargoltamponbehandlung der Scheide. Bei einigen Patienten traten nach Einbringung von Ephedrinzäpfchen in die Scheide allgemeine Adrenalinwirkungen auf. Natürlich gelangt dabei ein großer Teil der Medikamente vom Uterus zur Resorption.

Die Dosierung ist im allgemeinen 1 mA pro qcm bei einer Einwirkungsdauer von 10—30 Min. Als Elektrode werden Bleiplatten oder Metallgeflechte verwendet, die mit getränkter Gaze, Mull, Zellstoff oder Leinwand unterlegt werden. Cross verwendet mit Medikament beschickte Gelatineblöcke, was etwas umständlich ist, Girandeau Elekrolytcreme (Natron, Ammoniakemulsionen in Glyzerin). Wir verwenden gewöhnlich Schwämmchen, die auskochbar sind und durch ihre Elastizität ein gutes Anliegen trotz unelastischer Befestigung erzielen. Zur Befestigung werden Gradl- oder Gummibinden benutzt, falls nicht ein manuelles Halten notwendig ist oder die Applikation in Flüssigkeit erfolgt. Die größere inaktive Elektrode wird an einer möglichst handlichen Stelle (Arme — Beine) angelegt, für kleinere Stellen genügen Handelektroden, die mit feuchtem Tuch umwickelt werden, sonst für größere Flächen Rückenelektroden. Verätzungen treten auf bei schlechtem Anlegen der Elektrode, bei zu großen Stromstärken oder zu hoher Konzentration mancher Medikamente und bei zu geringer Anfeuchtung. Ringe müssen bei Handelektroden abgelegt werden, da besonders an den Kanten von Steinfassungen und bei engem Anliegen es zu Verätzungen kommen kann und übrigens auch das Ringgold angeätzt wird. Naturgemäß ist eine im Epithel geschädigte Haut Verbrennungen leichter ausgesetzt, z. B. bei Ekzemen.

An Medikamenten wurden in der Literatur hauptsächlich folgende verwendet:

An der Anode Chininum muriatic. 1—10% bei Defluvium, Lupus vulgaris, Acne rosacea, Neuralgien (Frankenhäuser, Sommerville, Selli und Fenjö, Sladkowitsch), Zink ½—2% als Sulfat und Chlorat bei Katarrhen der Nase, Vagina, Zervix, Sycosis barbae, Lupus erythematodes, Alopezia, phagedänischen Ulzera, Sklerodermie, adhärenten Narben (Frankenhäuser, Albrandt, Haas, Massa, Rausch). Von der Kathode aus Natr. salicyl., 3% ige Acid. salicyl. bei Psoriasis, Acne vulgaris, Pruritus, Sklerodermien, adhärenten Narben, Neuralgien (Frankenhäuser, Rihora, Benta, Laquerrière et Delherm, V. Piro), 2% iges Kal. jodat und Lugolsche Lösung bei Sklerodermien, Lues, adhärenten Narben, Resorption von Infiltraten, Sycosis parasitaria, Trichophytie, Aktinomykose, Acne necroticans, Erysipel, Struma, Keloide (Frankenhäuser, Haas, Laquerrière et Delherm, Jeanselme et Gibaudeau, Jean, Bourgignon, Armani, Lubatschnik, Ismail-Sade-Dsafarov, Panjutin, Schneider, Blanco Fernandez, Sicilia, Eitner, Osmann-Scherefeddin-Behdjet).

Weiter wurden verwendet Aurum, Lithium, Arsen, Argentum, Aluminium, Hydrargyrum, Antipyrin, Farbstoffe, Adrenalin, Kokain, Akonin, Kalzium, Koffein, Benzoesäure, Organpräparate an der Anode, von der Kathode aus Chlor, Chromate, Sulfate, Nitrate, Brom, Ichthyol, Chrysophan, Ammoniak, Mangan. Ferner wurden in 4—5% iger Konzentration Säuren und Laugen (Frankenhäuser) verwendet. Im allgemeinen wurden chronische und subakute Fälle für geeignet befunden, wobei Jod sich für chronische, Zink sich für subakute Prozesse bewährt zu haben scheint.

Digitized by Google

Zur Wirkungssteigerung wurde vorherige Diathermierung (Vignal u. a.) erfolgreich versucht, ferner balneotherapeutische Prozeduren (H. v. Gaspera) bei der Applikation von Organpräparaten. Es dürfte durch die dieser Vorbehandlung folgende Hyperlymphie und Hyperämie der Abtransport der Medikamente gesteigert werden. Eine Abflußsperre dagegen wird durch Adrenalinzusatz erzielt.

Wir verwendeten die Iontophorese zur Anästhesierung, weiter zur Behandlung einer Reihe von Erkrankungen, wobei wir Adrenalin, Chininum bimuriaticum, Kokain, die leider ziemlich teuer sind und Ammoniak erfolgreich in Anwendung brachten, während mit Na. salicyl., Na. und Kal. sulfur., Kal. tartaricum, Kal. aceticum, Ichthyol keine besondere Wirkung beobachtet werden konnte.

Bei Acne rosacea verwendeten wir in zweitägigen Intervallen Chininum mur. 1—5% + Adrenalin 1 : 1000 5%, respekt. Adrenalin 1 : 1000 5%.

Acne rosacea. 1. Fall: A. K., 50 Jahre, seit 1 Jahr erkrankt, mit Salben und Röntgen bisher ohne Erfolg behandelt. Gesichtshaut diffus gerötet, mit dicken Knoten bedeckt. Es wurden mit Maske 6 Sitzungen mit Chinin-bim.-Adrenalin vorgenommen, die eine bedeutende Besserung brachten. Nach 3 weiteren Sitzungen war das Gesicht noch fleckig gerötet, sonst bis auf 2–3 Knoten die Haut normal. 3 weitere Sitzungen wurden mit 5%igem Adrenalin 1 : 1000 gemacht, die ein Anhalten des Abblassens der Haut zur Folge hatten. Nach 14 Tagen war der Teint gelblich-weiß, 2—3 Knoten im Gesicht vorhanden. Die weitere Salbenbehandlung zeigte nach 2 Monaten die Haut tonisch, normal gefärbt, weich, normal gefettet, keine Knoten mehr nachweisbar.

2. Fall: W. A., 64 Jahre, seit 2 Monaten diffuse Rötung des Gesichts mit reichlicher Knötchenbildung, starke Fettung, reichlich Teleangiektasien. Nach 12 Diathermien sind die Knötchen zum Teil geschwunden, die Rötung stark abgeblaßt. Nach 17 Diathermien keine weitere Besserung. Verödung einiger Teleangiektasien mit Kaltkaustik. Nun wird mit Chinin-Adrenalin-Iontophorese die Behandlung vorgenommen. Unter ständiger Besserung erscheint die Haut nach 10 Sitzungen normal gefettet, die Rötung bis auf wenige Teleangiektasien geschwunden, ebenso die Knötchen. Patientin wird in Salbenbehandlung entlassen.

3. Fall: G. B., 34 Jahre. Seit Jahren anderwärts vergeblich behandelt. Mund, Kinn, Nase, Wangen und Stirnpartien oberhalb der Augenbrauen sind mit kleinen roten Knötchen bedeckt, und leicht schuppend. Nach 5 Sitzungen sind bis auf diffuse geringe Rötung die Herde geschwunden. Nach 3 weiteren Sitzungen ist die Nase noch leicht gerötet, die anderen Herde kaum mehr erkennbar. Weiterhin Salbenbehandlung, Kontrolle nach 1 Monat ergibt eine geringe Rötung über den Augenbrauen.

4. Fall: N. V., 42 Jahre. Nase, Stirn und Wangen zeigen diffuse Rötung, Knötchenbildung und Teleangiektasien. Nach 8 Sitzungen ist bis auf die Teleangiektasien der Nase die Haut normal gefettet, weich, glatt, elastisch. Skarifikation der Nase läßt auch die Nasenröte zum Großteil schwinden. In Salbenbehandlung entlassen.

5. Fall: C. D., 67 Jahre. Seit 14 Tagen Schwellung des Gesichts, mit roten Knoten bedeckt, ölig glänzend, atonisch. Nach 4 Sitzungen sind die Knoten zum Teil kleiner, zum Teil geschwunden. Die Rötung besteht fort. Es werden nun 3 Diathermierungen vorgenommen, die keine weitere Besserung bringen. CO_2-Vereisung hatte ebensowenig Effekt, um das Kinn traten neuerlich frische Knötchen auf. 5 weitere Iontophoresesitzungen bringen die Knötchen fast sämtlich zum Schwinden. Die Teleangiektasien der Wange und Stirn bestehen fort. In Salbenbehandlung entlassen.

Bei Nasenröte verwendeten wir ebenso Chinin-Adrenalin, respektive Adrenalin.

Wir hatten lediglich 2 Fälle, von denen einer schon durch andere Therapie bis auf geringe Reste geheilt war, die dann mit Iontophorese gänzlich zum Schwinden gebracht wurden.

2. Fall: St. A., 17 Jahre. Seit einem Jahr diffuse Rötung ohne besondere Ursache. Nach 8 Sitzungen Nase normal gefärbt. Kontrolle nach 2 Monaten ergibt keine Änderung.

Digitized by Google

Bei Acne vulgaris wurde Chinin-Adrenalin und 5 %iges Ammoniak verwendet, welch letzteres einen Schutz der Augen und Lippen erfordert und eine besonders starke Austrocknung der Haut bewirkt.

1. Fall: M. L., 22 Jahre. K. D., 6 Jahre. Wiederholt mit Höhensonne behandelt. Akneknoten und Komedonen im Gesicht, starke Fettbildung, Teint gelblich. Nach fünf Sitzungen abwechselnd mit Ammoniak, Chinin-Adrenalin ist bis auf 1 Knoten die Haut glatt, trocken, etwas gerötet. Komedonen gebessert.

2. Fall: J. R., 15 Jahre. Seit 1 Jahr zahlreiche Aknepusteln und Knötchen, Gesichtshaut ist stark gefettet, auf Nase und Stirn zahlreiche Komedonen. Nach 3 Sitzungen (Chinin-Adrenalin, Ammoniak) sind Akneknötchen teilweise geschwunden. Nach weiteren 2 Sitzungen ist die Haut trocken, weich, Knötchen zum Großteil geschwunden, lediglich am Kinn einige Follikulitiden. Von der weiteren Behandlung ausgeblieben.

3. Fall: H. H., 19 Jahre. Seit 1 Jahr Knoten um Stirn, Kinn und an den Wangen. Höhensonnenbehandlung ohne Effekt. Nach 5 Sitzungen (Chinin-Adrenalin, Ammoniak) sind die Knoten zum Teil geschwunden, die Haut erscheint gerötet und weicher. Den weiteren Behandlungen ferngeblieben.

Bei Defluvium capitis (Seborrhoe) verwendeten wir nach Sellei und Fenjö Chinin. bim. und Ammoniak.

1. Fall: O. M., 25 Jahre. Seit 2 Jahren erkrankt, Kopfhaut blaß, leicht schuppend, Haare am ganzen Kopfe sehr schütter, leicht ausziehbar, von verschiedener Dicke, keine besondere Erkrankung nachweisbar. Täglicher Haarausfall 20—30 kurze Haare. Die Kopfhaut erscheint nach einigen Sitzungen besser durchblutet, der anfänglich erhöhte Haarausfall läßt später nach. Nach 20 Sitzungen beträgt der durchschnittliche Haarausfall täglich etwa 10 Haare von 6—12 cm Länge. An einigen Stellen sind junge Haare nachgewachsen. Patient wurde entlassen. Nach 2 Monaten ist zwar kein erkennbares Dichterwerden des Haarwachstums zu verzeichnen, jedoch hält der erzielte Erfolg an.

2. Fall: R. M., 23 Jahre. Seit $^3/_4$ Jahren erkrankt. Haarausfall täglich 20—30 Haare. Mikroskopisch keine besondere Erkrankung nachweisbar. Kopfhaut erscheint fett, schuppend, blaß, subjektiv besteht Juckreiz. Nach wenigen Sitzungen ist der Kopf normal gefettet, schuppt nicht, Kopfhaut leicht gerötet, nicht juckend. Haarausfall geringer. Entlassen. Nach 2 Monaten ist das Haarwachstum zwar nicht wesentlich dichter, der erzielte Erfolg hält an.

3. Fall: H. J., 30 Jahre. Seit 10 Jahren Haarausfall 20—30 Haare täglich, Kopfhaut stark gefettet, leicht schuppend. An den Schläfen und am Scheitel ganz wenige Haare, während der übrige behaarte Kopf schütter mit Haaren bedeckt ist. Nach 20 Sitzungen ist kein Haarausfall, normal gefettet und geröteter Haarboden. Haare nicht ausziehbar. Augenfällige Verdichtung des Haarwachstums nicht erkennbar. Entlassen. Nach einem Monat Stat. idem.

Mit Ichthyol-Iontophorese wurden 2 Fälle behandelt, wovon der eine, ein fistelnder, entzündlicher Prozeß am Unterkiefer, der verschiedentlich frustran behandelt worden war, äußerst günstig bis zum Verschluß der Fisteln beeinflußt wurde, aber nach einem Monat in den alten Zustand zurückkehrte und mit Röntgen ausgeheilt werden mußte. Ferner eine Sclerodermie en plaques, die aber gar keine Änderung durch die Iontophorese erfuhr.

Ich möchte noch einer Reihe von Fällen Erwähnung tun, die mit dem eigentlichen Thema in weiterem Zusammenhang stehen. Bei einer Reihe chronischer Erkrankungen, die mit Schmerzen einhergingen, wie Neuritiden leichter Natur, ebensolche Neuralgien, Muskelschmerzen auf rheumatischer Basis, Epikondylitiden konnte durch 3—4 Kokain-Iontophoresen, die nicht bis zur vollständigen Anästhesie getätigt wurden, eine völlige und dauernde Schmerzfreiheit erzielt werden. Bei Herpes zoster, Hermikranien war die Wirkung passagerer Natur, große Gelenke (Hüftgelenk) konnten nicht in allen Fällen schmerzfrei gemacht werden. Die

Digitized by Google

aktive Elektrode wurde auf die Stelle verabreicht, die der Schmerzprojektion auf die Haut entsprach.

Bei einer mit 2%igem Kal. jodati nach einem ½ Jahr vorher ergebnislos röntgenologisch behandelten Struma konnten wir eine Verringerung des Halsumfanges um 4 cm (bis auf 38 cm) erzielen, setzten aber nach 10 Sitzungen aus, da Auftreten von Herzklopfen zur Vorsicht mahnte. In der Folge blieb der Halsumfang gleich, die chronische Laryngopharyngitis zeigte sich etwas gebessert. Wahrscheinlich hätte aber der gleiche Effekt durch bloße Jodsalbenauftragung erzielt werden können.

Die Verwendung der Iontophorese mit Kokain-Adrenalin zur Anästhesie (wie u. a. Wirz dies empfiehlt) hat sich uns außerordentlich bewährt, da eine Reihe von oberflächlichen Behandlungen vollständig schmerzlos durchgeführt werden konnten, so Entfernung von Tätowierungen, Teleangiektasien, Pigmentnaevi, Skarifikationen usw. Zur Entfernung von Warzen verwendeten wir noch in einigen Fällen 2%ige Magnesium-sulfur.-Lösung, sahen aber wenig Erfolg.

Daß Salbenbehandlung, wie Bettmann schreibt, das gleiche erzielen kann, wie die kompliziertere Iontophoresebehandlung, ist für viele Fälle zu bestätigen, jedoch erscheint die Behandlung indiziert, wenn die übrigen Behandlungen versagt haben, sowie als Unterstützungstherapie einer schleppenden Behandlung.

Zusammenfassend ist also zu sagen, daß bei richtiger Indikationsstellung und richtiger Wahl des Medikaments die Iontophorese eine Behandlung darstellt, der eine günstige Beurteilung trotz der technischen Erfordernisse nicht abgesprochen werden kann.

Literatur

1. Abrahamovicz, Ignatz, Zbl. f. Haut- u. Geschlechtskrkh., 1927, Bd. 24, Ref. S. 197. — 2. Albrandt, Zschr. f. diät. u. phys. Ther., 1908, Bd. 11, S. 598. — 3. Armas Lodovico, Zschr. f. d. ges. phys. Ther., 1926, Bd. 31, Ref., S. 217. — 4. Beck, K. F. Arch. f. Derm., 1921, Bd. 137, Ref., S. 324. — 5. Bettmann, Ernst, Zschr. f. d. ges. phys. Ther., 1929, Bd. 36, H. 5, Ref.. S. 259. — 6. Blanco, Fernandez, Zbl. f. Haut- u. Geschlechtskrkh., 1926, Bd. 20, Ref., S. 888. — 7. Bode, D., Fortschr. d. Med., 1925, H. 9, S. 277. — 8. Bourgignon, Georges, Zschr. f. d. ges. phys. Ther., 1926, Bd. 31, Ref., S. 214. — 9. Cavazzeni, S., Zschr. f. diät. u. phys. Ther., 1907, Bd. 11, S. 633. — 10. Cross, Harold, Zschr. f. d. ges. phys. Ther., 1929, Bd. 36, H. 1, Ref., S. 246. — 11. Delherm, Zschr. f. d. ges. phys. Ther., 1926, Abt. A, Ref., S. 216. — 12. Duhrs Zschr. f. d. ges. phys. Ther., 1926, Abt. A, Ref., S. 246. — 13. Frankenhäuser, Zsch. f. diät. u. phys. Ther., 1908, Bd. 11, S. 598. — 14. Friel, Zschr. f. d. ges. phys. Ther. 1926, Abt. A, Ref., S. 31. — 15. Frost, A. T., Zschr. f. d. ges. phys. Ther., 1926, Bd. 31 Ref., S. 307. — 16. Gaspera, H. di, Zbl. f. Haut- u. Geschlechtskrkh., 1927, Bd. 23. Ref. S. 658. — 17. Giraudeau, Zbl. f. Haut- u. Geschlechtskrkh., 1927, Bd. 27, Ref., S. 617. — 18. Haas, Arch. f. Derm., 1921, Bd. 137, Ref., S. 57. — 19. Huxly, Imre, Zschr. f. Haut- u. Geschlechtskrkh., 1926, Bd. 19, Ref., S. 725. — 20. Jean, Zschr. f. d. ges. phys. Ther., 1926, Abt. A, Ref., S. 191. — 21. Jeanselme u. Giraudeau, Zbl. f. Haut- u. Geschlechtskrkh., 1926, Bd. 19, Ref., S. 118. — 22. Just-Lehmann, Zschr. f. d. ges. phys. Ther., 1926, Abt. A, Ref., S. 216. — 23. Komadis, W., Zbl. f. Haut- u. Geschlechtskrkh., 1926, Bd. 19, Ref., S. 732. — 24. Kowarschik, Josef, Zschr. f. d. ges. phys. Ther., 1929, Bd. 36, H. 1, Ref., S. 21. — 25. Kubatschnik, S. M., Zbl. f. Haut- u. Geschlechtskrkh., 1926, Bd. 18, Ref., S. 295. — 26. Laquerriere, A., u. L. Delherm, Zbl. f. Haut- u. Geschlechtskrkh., 1926, Bd. 18, Ref., S. 47 u. 350. — 27. Laquerriere, A. Zschr. f. d. ges. phys. Ther., 1926, Bd. 31, Ref., S. 215 u. 243. — 28. Laqueur, Zschr. f. d. ges. phys. Ther., 1926, Abt. A, Ref., S. 294. — 29. Mann, Ludwig, Zschr. f. d.

Digitized by Google

ges. phys. Ther., 1929, Bd. 36, H. 3, Ref., S. 164. — 30. MARIO, E. MASSA, Zbl. f. Haut- u. Geschlechtskrkh., Bd. 28, Ref., S. 432. — 31. PIRO, V., Zschr. f. diät. u. phys. Ther., 1907, Bd. 11, Ref., S. 633. — 32. PANJUTIN, Zschr. f. d. ges. phys. Ther., 1926, Bd. 31, Ref., S. 306. — 33. REIN, H., Zbl. f. Haut- u. Geschlechtskrkh., 1926, Bd. 20, Ref., S. 548 u. 760; 1926, Bd. 19, Ref., S. 24; Zschr. f. d. ges. phys. Ther., 1926, Bd. 31, H. 1, Ref., S. 214. — 34. RIHORA, VENTA, Zbl. f. Haut- u. Geschlechtskrkh., 1926, Bd. 20, Ref., S. 662. — 35. SCHEREFEDDIN, OSMAN u. BEHDJET, Derm. W., 1927, Bd. 84, Nr. 22, S. 726—738. — 36. SCHIMANKO, Arch. f. Derm., 1928, Bd. 154, S. 679. — 37. J. ISMAIL SADE-A. DSAFAROV, Zbl. f. Haut- u. Geschlechtskrkh., 1927, Bd. 27, Ref., S. 616. — 38. SCHNEIDER, Zbl. f. Haut- u. Geschlechtskrkh., 1927, Bd. 21, Ref., S. 796. — 39. SELLEI, JOSEF u. FENJÖ, ANOS, Zschr. f. d. ges. phys. Ther., 1926, Bd. 31, Ref., S. 214; Arch. f. Derm., 1927, Bd. 153, S. 603. — 40. SICILIA, Zbl. f. Haut- u. Geschlechtskrkh., 1926, Bd. 20, Ref., S. 292. — 41. TUREL, W. J., Zschr. f. d. ges. phys. Ther., 1927, Bd. 32, Ref., S. 242. — 42. VIGNAL, Zschr. f. d. ges. phys. Ther., 1926, Abt. A, Ref., S. 347. — 43. WIRZ, FRANZ, Derm. W., 1922, Nr. 14 u. 32; Zbl. f. Haut- u. Geschlechtskrkh., 1926, Bd. 20, Ref., S. 60; 1927, Bd. 22, S. 344; Arch. f. Derm., 1924, Bd. 145, S. 224.

Aus der dermatologischen Abteilung des städt. Krankenhauses Altona
(Leiter: Prof. Dr. BRUCK)

Über die potentielle Blutserumreaktion insbesondere bei Hautkranken und Graviden[1])

Von

Carl BRUCK

Es ist nicht meine Absicht, mich über den klinischen Wert der GERSON-SAUERBRUCH-HERRMANNSDORFERschen Behandlungsmethode zu äußern, zumal mir eigene Erfahrungen darüber nicht zur Verfügung stehen. Was die Hauttuberkulose betrifft, so wird es ja in erster Linie den Lupusheilstätten, also geschlossenen tuberkulösen Abteilungen möglich sein, sich ein abschließendes Urteil zu bilden. Für die Kliniken mit gemischtem dermatologischem Material ist die Beurteilung weit schwieriger, nicht nur, weil Fälle von Hauttuberkulosen relativ spärlich zur Verfügung stehen, sondern auch deshalb, weil eine einwandfrei durchzuführende diätetische Behandlung eine strenge Trennung der Hauttuberkulosefälle von anderen Kranken erfordert, wenn nicht, zumal bei weniger geschultem Küchen- und Wartepersonal, unkontrollierbare Fehlerquellen unterlaufen sollen.

Das, was mich an der neuen Behandlungsmethode in erster Linie interessiert, ist ihr Wirkungsmechanismus, mit anderen Worten die Frage, welche Stoffwechselveränderungen, bzw. welche Umstimmung des Organismus wird durch die GERSON-Diät erzielt und läßt sich eine derartige Umstimmung objektiv nachweisen?

Über chemische Veränderungen des Blutes und der Exkrete bei Hautkranken liegt ja eine ganze Reihe von Untersuchungen vor, ohne daß man behaupten kann, daß allzuviel Verwertbares daraus ersichtlich ist. Abgesehen von den Bestimmungen des Mineralstoffwechsels und des Blutzuckers handelt es sich hierbei meist um Untersuchungen der Wasserstoffionenkonzentration des Blutes, des Urins und des Schweißes, ohne daß sich jedoch einheitliche Gesichtspunkte dabei ergeben hätten. Auch die schon recht zahlreichen Untersuchungen der Alkalireserve nach der VAN SLYKEschen Methode haben bisher verwertbare Resultate nicht gezeitigt. Während die einen insbesondere bei Ekzemen und Psoriasis eine Herabsetzung finden, konstatieren andere wieder normale Werte oder eine Erhöhung der Alkalireserve.

Von den einschlägigen Arbeiten der letzten Jahre seien folgende erwähnt:

DROUET u. VERAIN fanden bei 7 Ekzemen, die nach der elektrometrischen Methode untersucht wurden, ein Blut-p_H von 7,35. Bei 10 weiteren Ekzemen fand sich 8mal

[1]) Diskussionsbemerkungen in der Sitzung der Dermatologischen Gesellschaft Hamburg-Altona vom 23. November 1929.

Digitized by Google

Azidose, 2mal Alkalose, Urtikaria-Fälle zeigten sich nach der azidotischen Seite verschoben. Durch Alkalizufuhr konnten Verfasser eine Rückführung der Blutreaktion zur Norm und gleichzeitig wesentliche klinische Besserung erzielen (Ref. siehe Zschr. f. Haut- u. Geschlechtskrkh., Bd. 20, 21, 22).

Michael u. Jeffrey (Ref. Zbl. f. Haut- u. Geschlechtskrkh., Bd. 22) fanden in Übereinstimmung mit Schamberg und Brown bei 32 von 75 Ekzemen einen höheren Blutharnsäurespiegel als 4 mg-%.

Grzybowski (Ref. Zbl. f. Haut- u. Geschlechtskrkh., Bd. 23) untersuchte die Alkalireserve nach van Slyke. Bei Psoriasis zeigte sich die A.R. in 10 von 12 Fällen im Plasma vermindert (37—41,6 Vol.-%). Bei 22 anderen Hautfällen konstatierte Verfasser normale Werte; nur bei 2 Fällen von Prurigo eine Herabsetzung der Alkalireserve.

Preininger (Ref. Zbl. f. Haut- u. Geschlechtskrkh., Bd. 26 u. 27, Orig., Derm. W. Bd. 85, S. 1679) studierte die H-Ionenkonzentration im Blute mit der Methode von Hollo-Weiss. Bei Dermatitis und Ekzemen fand sich keine Gesetzmäßigkeit, wenn auch die azidotischen Werte bei Ekzemen zu überwiegen schienen. Bei Psoriasis ließ sich häufiger eine Verschiebung nach der alkalotischen, seltener nach der azidotischen Seite feststellen.

Bertuccini (Ref. Zbl. f. Haut- u. Geschlechtskrkh., Bd. 27) untersuchte nach van Slyke, nach Michaelis und nach Sörensen. Bei 22 Ekzemen wurde eine leicht- bis mäßig starke Azidose, ebenso leichte Azidose bei 3 Psoriasisfällen konstatiert. Bei 7 anderen Fällen fanden sich normale Werte.

Bertuccini (Ref. Zbl. f. Haut- u. Geschlechtskrkh., Bd. 29) hat seine Untersuchungen an einem größeren Material fortgesetzt: Die Alkalireserve bei Hautkranken, besonders bei Ekzemen, erwies sich niedriger als bei Gesunden. Es bestand kein Verhältnis zwischen Ausdehnung der Dermatose und der Alkalireserve, ebensowenig wie eine Abhängigkeit der Alkalireserve von einzelnen Phasen der Hautkrankheiten. Durch medikamentöse Maßnahmen konnte weder die Alkalireserve noch der Verlauf der Ekzeme geändert werden. Bei 10 Psoriatikern war die A.R. durchschnittlich niedriger als bei chronischen Ekzemen. Bezüglich der übrigen Dermatosen ließ sich eine Abweichung von der Norm nicht erkennen.

Cerchiai (Ref. Zbl. f. Haut- u. Geschlechtskrkh., Bd. 27) untersuchte ebenfalls nach van Slyke. Bei Skrophuloderma und Akne fand er eine starke, bei 78 Ekzemen und Psoriasisfällen eine leichte Azidose. Bei fortschreitender Besserung der Hauterkrankung nahm die Azidose niemals zu, dagegen in einigen Fällen deutlich ab.

Ostrowski (Ref. Zbl. f. Haut- u. Geschlechtskrkh., Bd. 27, Orig., Arch. f. Derm. Bd. 154, S. 368) konstatierte keine Veränderungen der A.K. bei Tuberkulose- und Lueskranken.

Schreus (Derm. Zschr., Bd. 53, S. 561 und M. m. W., 1928, Nr. 8) studierte die A.K. bei einer größeren Zahl von Urtikariafällen. Häufiger fand sich eine deutliche Verminderung, seltener eine leichte Erhöhung. Bei einem Teil von Urtikariafällen scheint die Azidose eine pathogene Rolle zu spielen. Durch Säuerung (Ammoniumchlorid) ließ sich ein Urtikariaschub auslösen, durch Alkalizufuhr (Natronbicarbonicum intravenös) beseitigen. Bei einzelnen Urtikariafällen wirkten azidotische Maßnahmen (Injektionen von Kalzium oder Strontium, Blutwaschung mit Kochsalzlösung) heilend. Zur Alkalisierung erwies sich eine Kombination von intravenösen Natronbicarb.-Injektionen und von Lobelin als besonders wirksam, das durch Erhöhung der Atmung eine Steigerung der A.K. erzielt.

Vonkennel (Ref. Zbl. f. Haut- u. Geschlechtskrkh., Bd. 28) konstatierte unter 20 Fällen von primärem Pruritus 14mal eine Veränderung der A.K. und zwar meist nach der azidotischen Seite. Durch entsprechende Säure- bzw. Alkalitherapie konnte die A.K. und das klinische Bild gut beeinflußt werden.

Flarer (Derm. Zschr., Bd. 56, S. 439, Ref. Zbl. f. Haut- u. Geschlechtskrkh., Bd. 29) fand bei 10 Akne, 9 Ekzemen und 30 anderen Dermatosen keine Veränderung der A.K., bei 16 Psoriasisfällen eine geringe Verminderung. Er kommt zu dem Schluß, daß es erwiesen sei, daß pathologische, funktionelle und artifizielle Störungen des Hautorgans eine Erschütterung des Säure-Basengleichgewichtes erzielen und daß die Haut einen regulierenden Einfluß auf dieses Gleichgewicht ausübt. Man könne jedoch bisher nicht behaupten, daß eine direkte Abhängigkeit zwischen den Veränderungen des SBG und bestimmten klinischen Bildern von Hautkrankheiten bestehe.

Graf, H. (Arch. f. Derm., Bd. 158, H. 3): Bei 30 Ekzemen und 30 Psoriasisfällen war die A.K. nicht vermindert, wohl aber bei einem Falle von Lupus eryth. acutus

Digitized by Google

Popescu (Ref. Zbl. f. Haut- u. Geschlechtskrkh., Bd. 29) untersuchte 11 Ekzeme, 6 Psoriasisfälle und 15 andere Dermatosen nach van Slyke. Nur bei Dermatosen, welche ätiologisch einem anaphylaktischen oder antigenen Chok zuzuschreiben sind, zeigt sich die A.K. gesunken, bei anderen normal. Bei anaphylaktischen Erkrankungen empfehle sich daher Alkalizufuhr.

Artom (Ref. Zbl. f. Haut- u. Geschlechtskrkh., Bd. 29 und Derm. Zschr., Bd. 56, S. 439) maß gleichzeitig bei 63 Fällen das p_H im Serum nach der Methode von Helige und gleichzeitig die Alkalireserve nach van Slyke. P_H erwies keine Veränderungen. Bei 44 Dermatosen fand sich eine A.K. unter 40; bei 4 Ekzemen und 2 Psoriasisfällen war sie zwischen 40 und 50, bei den übrigen 37 normal. Verfasser kommt zu dem Schluß, daß beim Studium der A.K. an ein und demselben Kranken sich „direkt entmutigende" Resultate ergeben.

Meineri (Ref. Zbl. f. Haut- u. Geschlechtskrkh., Bd. 29) fand im Blasenserum eine geringere A.K. als im Blut, das Serum der Beine erwies sich saurer als das aus dem Rücken.

Ciambellotti (Ref. Zbl. f. Haut- u. Geschlechtskrkh., Bd. 30) fand bei den verschiedensten Dermatosen eine mäßige Azidose. Er hält eine kasuistische Feststellung der A.K. für wertlos und empfiehlt an Stelle von Untersuchungen bei sehr vielen Kranken eher viele Untersuchungen bei wenigen Individuen.

Bejarano u. Medina (Ref. Zbl. f. Haut- u. Geschlechtskrkh., Bd. 30) konstatierte bei Leprösen 40% Azidosen und 80% Alkalosen.

Mazzanti (Ref. Zbl. f. Haut- u. Geschlechtskrkh., Bd. 30) prüfte die Alkalireserve bei 55 Patienten. Leichte Azidose fand sich bei 4 von 14 Fällen von Ekzemen und in einzelnen Fällen von anderen Dermatosen.

Schreus (Kl. W., 1929, Nr. 38) fand bei Karzinomen erhöhtes Blut-p_H, aber normale oder nur geringgradig erhöhte Werte für die A.R. Durch säuernde Substanzen konnte zwar die A.R. herabgesetzt werden, das Blut-p_H blieb jedoch unbeeinflußt. (Daselbst weitere Literatur über p_H und A.R. bei Karzinomen.)

Ghigi (D. m. W., 1929, Nr. 39) fand bei 75 Fällen von Karzinomen eine Verminderung der Alkalireserve.

Es ist wohl anzunehmen, daß bei diesen widersprechenden Ergebnissen technische Unvollkommenheiten der subtilen Untersuchung eine große Rolle spielen, ein Punkt, auf den Mainzer in letzter Zeit aufmerksam gemacht hat. Zweifellos hat Sahli nicht unrecht, wenn er betont, daß die Lehren der physikalischen Chemie über den Begriff der Alkalität des Blutserums eine gewisse Verwirrung gebracht haben, indem vielfach der Begriff der alkalischen Reaktion verwechselt wird mit dem Begriff des Gehaltes an HO-Ionen. „Beides sind gleich wichtige Eigenschaften."

In voller Anerkennung der theoretischen Vorzüge einer Alkalireservenbestimmung nach van Slyke habe ich daher in den letzten Monaten versucht, an Stelle der aktuellen Reaktion des Blutes die potentielle Reaktion des Serums, mit anderen Worten, das Bindungsvermögen des Serums gegenüber Säuren zu studieren. Es sind dies Untersuchungen, die schon vor Jahrzehnten Landois, von Jacksch und andere begonnen haben, die jedoch unter dem Einfluß der Lehren der physikalischen Chemie klinisch hintangestellt und in Vergessenheit geraten sind.

Die von mir ausgearbeitete Technik hat den Vorteil, daß sie ungemein einfach ist, daß sie von jedem ohne Gefahr von Fehlerquellen ausgeführt werden kann und daß sie bei dem untersuchten Individuum im Gegensatz zur Alkalireservenbestimmung nach van Slyke stets konstante, gleichbleibende, von Nahrungsaufnahmen, körperlichen Anstrengungen usw. unabhängige Ausschläge gibt. Wenn man 0,2 frisches menschliches Serum mit 1 Tropfen des Universal-Indikators zur Bestimmung der Wasserstoffionenkonzentration der „British Drug Houses, London", versetzt und 1,2 ccm $^1/_{100}$-Normal-Salzsäure (10 ccm $^1/_{10}$ HCl + 90 ccm 0,90%ige NaCl-Lösung) zufügt, so erhält man normalerweise ein Umschlagen von grün-blaugrün in eine intensiv gelbe Farbe, die ungefähr derjenigen eines unverdünnten Serums entspricht, während bei einer Verschiebung nach der azidotischen Seite der Farbton in ein mehr oder weniger intensives Rot umschlägt[1]). Dieser Reaktionsausfall zeigt also, daß die organischen oder anorga-

[1]) Bezüglich der technischen Ausführung gebe ich noch folgende Hinweise:

1. Die zu untersuchenden Seren sollen baldmöglichst vom Blutkuchen getrennt und nicht älter als 24 Stunden nach der Blutentnahme zur Untersuchung kommen, da ältere und sich zersetzende Seren nach der alkalischen Seite tendieren.

Digitized by Google

nischen Bestandteile des Serums oder beide unter gewissen Umständen weniger Säure bindende Valenzen enthalten als normalerweise. Der Reaktionsausfall ist bei demselben Individuum durchaus konstant und läßt sich auch bei mehreren zeitlich getrennten Blutentnahmen immer wieder demonstrieren.

Ich habe zunächst 762 gesunde und an verschiedenen Krankheiten leidende (Gonorrhoe, Lues, chirurgische und interne) Kranke untersucht und bei diesen 19 mal = 2,5°, Azidose gefunden. Es handelte sich hierbei um Tuberkulosen, Pneumonien, schwere Abszesse, Urämie, Diabetes, starken Marasmus und Niereninsuffizienz.

Unter 57 Hautkranken fand sich 13 mal = 22,8% azidotische Reaktion und zwar insbesondere bei seborrhoischen Ekzemen, bei chronischen mit Arthritismus einhergehenden Ekzemen und bei einzelnen Psoriasis- und Urtikariafällen, während andere Fälle der genannten Kategorien eine normale Reaktion aufwiesen. Ob es auf diese Weise gelingen wird, gewisse dermatologische Typen von anderen zu trennen, müssen weitere Untersuchungen zeigen (s. auch Ottenstein, Kl. W., 1929, Nr. 15).

Unter 27 Graviden von 2—8 Monaten fand sich 24 mal = 97% eine azidotische Reaktion. Während der Gravidität ist also die Verschiebung der Blutalkaleszenz nach der sauren Seite ein sehr konstantes Symptom, und es wird weiter zu untersuchen sein, ob diese leicht nachweisbare azidotische Reaktion, die 2—4 Wochen post partum wieder verschwindet, praktisch zur Schwangerschaftsdiagnose verwertbar sein wird.

Es fragt sich nun: Was hat die Azidose des Blutserums zu bedeuten? Handelt es sich um den Ausdruck eines krankhaft gestörten Stoffwechsels oder ist die Azidose eine Abwehrreaktion des Körpers im Kampfe gegen die Krankheit. Mit anderen Worten: Ist es Aufgabe der Therapie, die Azidose zu bekämpfen und zu beseitigen oder sollen wir sie als wünschenswertes Symptom ansehen und im Sinne von Sauerbruch, Herrmannsdorfer, Kalk eher verstärken? Das eine oder das andere ist übrigens sehr schwer, denn der Organismus hält mit größter Zähigkeit an der potentiellen Reaktion des Serums fest, wie dies auch von der aktuellen Reaktion des Blutes bekannt ist (Hasselbalch-Krogtz). Es ist mir mit den üblichen Medikamenten (Natron, Magnesia usta, Uricedin usw.) nicht gelungen, an der azidotischen Reaktion des Serums, falls sie sich nachweisen ließ, etwas zu ändern. Nur nach sehr großen Dosen von Natronbikarbonicum, die schon an der Grenze des Verträglichen liegt, verschwand die Reaktion vorübergehend, um nach Aussetzen des Medikamentes sich bald wieder einzustellen. Am wirksamsten hinsichtlich der Beeinflussung einer einmal bestehenden Azidose scheint eine längere streng lakto-vegetabilische Diät zu sein (siehe auch Hürthle, M. m. W., 1929, Nr. 34). Andererseits ist es mir auch in keinem Falle gelungen, durch künstliche Säuerung (Salzsäure. Ammoniumchlorid, Kalk) eine azidotische Reaktion im Blutserum zu erzielen, und in dieser Beziehung würde ich es sehr begrüßen, wenn die Herren Vorredner im Verlaufe ihrer weiteren Untersuchungen außer der Feststellung der aktuellen Reaktion und der Alkalireserve dem einfachen Nachweis der so konstanten und durch äußere Fehlerquellen unbeeinflußbaren potentiellen Reaktion des Serums ihre Aufmerksamkeit schenken würden. Bisher liegen bei Tuberkulose außer den für eine bestehende Azidose sprechenden Alkalireserveuntersuchungen Herrmannsdorfers und widersprechenden Resultaten anderer Autoren (Literatur siehe bei Krogtz, M. m. W., 1929, Nr. 43 u. 44) Versuche von Kaplanski (Ref. Derm. W., 1929, S. 1744), der bei Hauttuberkulosen nach Bestrahlung

---

2. Die Seren sollen klar zentrifugiert und nicht hämorrhagisch sein, da eine Beimischung von rotem Blutfarbstoff naturgemäß die Feinheit der Ablesung rötlicher Nuancen stört.

3. Die Titration erfolge in kleinen sauberen Reagenzröhrchen. Man benutze zum Zusatz des Indikators und der Salzsäure stets dieselben Pipetten.

4. Der englische Universal-Indikator hat sich als zuverlässiger und schärfer erwiesen als andere Präparate.

5. Man untersuche niemals ein Serum allein, sondern stets mehrere nebeneinander und vor allem einige Normalseren (Gonorrhoe, Lues) als Kontrollen. Man kann auch die untersuchten Proben im Eisschrank und verschlossen ein bis zwei Tage als Vergleichsteste aufbewahren.

6. Ist man über einen Reaktionsausfall im Zweifel, so setze man jedem Versuchsröhrchen nach dem Zusatz von 1,2 ccm $^1/_{100}$ HCl noch einen weiteren Tropfen Indikator und noch 0,1 $^1/_{100}$ HCl zu, worauf normale Seren einen orangefarbenen, azidotische einen intensiv roten Ton zeigen.

Digitized by Google

mit ultraviolettem Licht eine Veränderung der Gewebsflüssigkeit nach der sauren Seite beobachtet hat, und Untersuchungen von Chorrmis (Kl. W., 1929, Nr. 39) vor, der im Gegensatz zu Fornet (Ref. Zschr. f. Haut- u. Geschlechtskrkh., Bd. 31) durch künstliche Säuerung eine Abnahme der Tuberkuloseallergie konstatieren konnte. Es wäre zweifellos die Entscheidung der Frage von Interesse: Wie oft und in welchen Fällen findet sich bei Tuberkulose, bzw. Hauttuberkulose eine azidotische Verschiebung der potentiellen Reaktion und wird durch die Gerson-Diät, bzw. durch Mineralogen eine derartige Veränderung erzeugt oder eine bestehende zum Verschwinden gebracht? Diese Untersuchungen würden, wie gesagt, nicht viel Zeit beanspruchen und vielleicht geeignet sein, auf den Wirkungsmechanismus der neuen Behandlungsmethode einiges Licht zu werfen und insbesondere die Frage zu klären, ob überhaupt das Säure-Basengleichgewicht dabei eine Rolle spielt oder ob eher an eine Transmineralisation im Sinne von Knortz oder an eine Vitaminwirkung (v. Bergmann) zu denken ist.

Zusammenfassung

1. Die Untersuchung der potentiellen Reaktion des Blutserums nach der angegebenen einfachen Methode ergibt sehr konstante Resultate und ist auch an einem großen Krankenmaterial technisch leicht durchzuführen. Es muß ihr daher ein größeres klinisches Interesse beigemessen werden.

2. Bei Dermatosen zeigte die potentielle Reaktion in 23%, bei Gravidität in 97% und bei Gesunden und anderen Kranken in 2,5% der Fälle eine Verschiebung nach der sauren Seite.

3. Es wird weiter festzustellen sein, inwieweit der Ausfall der potentiellen Reaktion für die Abgrenzung dermatologischer Krankheitstypen und für die einzuschlagende Therapie Interesse hat, und ob ihm für die Schwangerschaftsdiagnose eine klinische Bedeutung zukommt.

Versammlungen

Bulgarische Dermatologische Gesellschaft

Sitzung vom 30. Mai 1929

Popoff: 1. Mamma- und Lungentuberkulose (histologisch und durch Inokulation nachgewiesen) bei einer Frau, welche ein Kind mit tuberkulösen Haut- und Knochenerscheinungen stillte.

2. Papulonekrotische Tuberkulide von Art der **Folliclis-Acnitis** bei einem Kinde, das früher wegen Erythema induratum behandelt wurde.

Toschkoff: 1. Arthrolues beider Knie.

35jähr. Kaufmann; Ehefrau und zwei Kinder gesund; ein Abortus; venerische Ansteckung verneint. Dezember 1928 beide Knie geschwollen und schmerzhaft. In der inneren Klinik mit Salvarsan behandelt, WR damals stark positiv. Jetzt die Haut nicht gerötet, keine Fluktuation; leichtes Reiben bei Bewegung, keine Schmerzen bei der Palpation und passiver Bewegung; Liquor nicht verändert (Pandy —, Nonne-Apelt —, Weichbrodt —, BC 0.0.00.0.0., WR —). Für die syphilitische Natur spricht das beiderseitige Befallensein, die schwache Vorwölbung bei intakter Haut, das Fehlen der Fluktuation (vielleicht hyperplastische Synovitis), die langsame Entwicklung, die geringe Schmerzhaftigkeit, das Fehlen der Muskelatrophie und der Erfolg der spezifischen Behandlung sowie der Abortus.

2. Carcinoma spinocellulare des Handrückens.

Im Herbst 1928 am Dorsum manus ein blaurötliches, markstückgroßes, schmerzloses, leicht erhöhtes Infiltrat, das seit drei Wochen sich stark vergrößert hat. Am rechten Dorsum manus ein bis 2 cm das Hautniveau überragender steilrandiger, zum Teil überhängender blauroter, auf Druck etwas abblassender Tumor mit mamelonierter Oberfläche und von harter Konsistenz, in der Mitte eingesunken, leicht blutend und aus vielen kleinen Öffnungen ein übelriechendes, milchigweißes, zersetztes Sekret absondernd.

3. Ein weiterer Fall von Dermatitis herpetiformis, erfolgreich mit großen Dosen Arsen behandelt (s. Clinica Bulgara, 2, S. 124).

Digitized by Google

4. Lichénification anormale des Gesichts.

60jähr. Mann, vor 6 Jahren Jucken beider Hände, später der Füße und des Gesichts, besonders während des Sommers. Allmählich, mit Steigerung des Juckens, Vergröberung und Verdickung der Haut der befallenen Teile, Bart- und Brauenhaare ausgefallen.

5. Lichénification anormale des Gesichts nach Erysipel bei einem 62jähr. Manne.

6. Lues tertiana ulcero-gummosa.

48jähr. Bauer, vier Kinder aus zwei Ehen, gesund, kein Abortus, verneint luetische Ansteckung. 1918 waren in seinem Dorfe zwei Frauen und acht Männer luetisch erkrankt gewesen. Nachdem vor zwei Jahren am linken Oberschenkel und an der linken Schulter nußgroße, von der Subkutis ausgehende, teils spontan abheilende teils ulzerierende Knoten bestanden hatten, finden sich jetzt an der linken Schulter einzeln stehende und konfluierende mäßig elevierte derbe Knoten von blauroter Farbe, mit zentraler, nicht tiefgreifender Ulzeration und mit gelblichgrünem Borkenbelage. Sie stehen an der Peripherie einer netzartigen Narbenfläche, die bis an die Wirbelsäule reicht und aus kleinen weißen atrophischen Feldern besteht. Die Gegend des linken Trochanter major ähnlich verändert. WR —; Liquor: Pandy —, Nonne-Apelt —, Weichbrodt —, Lymphozyten 0,2 im Kubikzentimeter, WR —. Der Kranke zeigte alle Symptome der epidemischen Lues: Fehlen des primären Ulkus, Spontanheilung, ungestörtes Allgemeinbefinden, intaktes Zentralnervensystem.

7. Lues papulosa.

Papulöses Syphilid, Papeln am Genitale, Phimose, allgemeine Drüsenschwellung. Außerdem rechts in inguine eine walnußgroße Vorwölbung, die Haut blaurot verfärbt, an ihrer medialen Fläche mit den Lymphdrüsen verwachsen, lateralwärts Narben von einer vor 9 Jahren durchgemachten spontan perforierten Adenitis. In der linken Leistenbeuge eine hühnereigroße, von blauvioletter Haut bedeckte, mittelharte nichtfluktuierende Geschwulst. Die Inguinalveränderungen erinnern an Durand-Nicolas-Favresche Erkrankung; sie ist in Bulgarien bis jetzt nicht diagnostiziert worden.

Geserowa: Sclerodermie en plaques. M. Kazarowa-Tatar-Pasardschik.

Referatenteil

Fachzeitschriften

The British Journal of Dermatology and Syphilis

August/September 1929

Brown, H.-Glasgow: The Aetiology of Alopecia Areata and its Relationship to Vitiligo and Possibly Sclerodermia (Die Ätiologie der Alopecia areata und ihre Beziehung zu Vitiligo und möglicherweise zu Sklerodermie).

B. kommt zu dem Schluß, daß alle Fälle von Alopezia nicht durch einen ätiologischen Faktor begründet sind, sondern durch verschiedene, entweder einzeln oder kombiniert wirkende Ursachen. Psychische Einflüsse aller Art, entweder plötzlich oder allmählich wirkend, wie Angst, Aufregung, Überarbeitung spielen häufig eine Rolle. ebenso psychische Traumen, und zwar in der gleichen Weise durch Übertragung abnormer Impulse auf dem Wege des sympathischen oder endokrin-sympathischen Systems auf die Haarpapillen, deren Ernährung zerstört wird. Lokale Sepsis aller Art, speziell aber Infektion der Tonsillen, Zähne, des Nasen-Rachenraums, der Stirn-, Kieferhöhlen. weniger intestinale Ursachen spielen eine Rolle: die Resorption von Toxinen kann direkt auf die Ernährung der Haare oder durch das endokrine sympathische System (langehinausgedehnte Vergiftung) einwirken, ebenso Störungen dieses wie des vegetativen Nervensystems. Alter, Geschlecht und familiäre Prädisposition sind ebenfalls wichtige Faktoren: 57 Personen der beobachteten Fälle waren jünger als 21 Jahre, bezüglich des Geschlechts fand Sabouraud doppelt so viel Männer als Frauen (130 : 70), was mit der Mehrzahl der Autoren übereinstimmt, während Browns Fälle das umgekehrte Verhältnis zeigen (178 Frauen und 124 Männer). Für eine Verwandtschaft zwischen Vitiligo und Alopezia sprechen verschiedene Umstände: beide sind trophische Störungen der Haut

Digitized by Google

und kommen gelegentlich bei ein und demselben Patienten zu gleicher Zeit oder verschiedenen Zeiten vor, beide können auf physisches oder psychisches Trauma folgen; über Fälle von Vitiligo und Alopezia ist sowohl bei Hypo- wie Hyperthyreoidismus berichtet worden.

Bonjour-Lausanne: Influence of the Mind on the Skin (Gemütseinfluß auf die Haut).

B. erinnert daran, daß er schon vor 40 Jahren den Einfluß der Psyche auf das Hautsystem hervorgehoben habe und es ihm und anderen gelungen sei, Warzen durch Suggestion zur Heilung zu bringen; ebenso haben seine Experimente die Möglichkeit gezeigt, spitze Kondylome und Alopecia areata durch Suggestion zu heilen. Andererseits soll schon die bloße Furcht vor der Ansteckung Warzen hervorgerufen haben. Immerhin lehren all diese Wahrnehmungen und Versuche — worauf besonders Sack-Baden-Baden neuerdings wieder hingewiesen hat —, daß sowohl ätiologisch wie bezüglich der Behandlung bei manchen Hautkrankheiten ein psychischer Einfluß unverkennbar ist, daß die Haut in ihrem Gefäßsystem und Bindegewebe Suggestionen zugänglich und durch Furcht oder Aberglauben zu beeinflussen, wirklich „der Spiegel der Seele" ist.

Oktober 1929

Roxburgh, A. C.: The Aetiology of Alopecia Areata and its Relation to Vitiligo and Scleroderma (Die Ätiologie der Alopecia areata und ihre Beziehung zu Vitiligo und Sklerodermie).

R. bespricht die einzelnen, über die Ätiologie der Alopecia areata aufgestellten Theorien: die infektiöse (epidemische), die toxische, nervöse und endokrine; ihm scheint letztere am meisten begründet. Irgend ein Defekt oder eine Veränderung in der Ausscheidung einer oder mehrerer Drüsen mit innerer Sekretion in Verbindung mit einer Störung des sympathischen Nervensystems ist demnach eine der Hauptursachen der Alopecia areata. Ähnliche Ursachen werden nun auch für Vitiligo und Sklerodermie verantwortlich gemacht. Eine Tatsache ist jedenfalls allen drei Hautkrankheiten gemeinsam: sie kommen gewöhnlich in isolierten Herden vor, deren Verteilung mit irgend einem System von Nerven oder Blutgefäßen nicht in Verbindung gebracht werden kann, ebenso können alle drei eine sehr ausgedehnte, den ganzen Körper betreffende Verbreitung haben. Die Adrenalinprobe, ebenso wie jene mit Pilokarpininjektionen haben bezüglich der Alopecia areata und Vitiligo nur wenig Unterschiede von der normalen Haut ergeben, was im allgemeinen mit den Untersuchungen von Fujiwara übereinstimmt, der infolgedessen die Hypothese, Alopecia areata sei völlig eine Erkrankung des vegetativen Nervensystems, verwirft. Was die Sklerodermaherde betrifft, so hält es R. für wahrscheinlich, daß mangelnde Schweißabsonderung — auf Pilokarpininjektionen — infolge geringerer Blutzufuhr zu den Drüsen, die wiederum durch Endarteriitis der Subkutisgefäße hervorgerufen ist, entsteht. Vielleicht können vergleichende genaue Temperaturmessungen zwischen gesunder und kranker Haut (bei Alopecia areata und den zwei anderen genannten Krankheiten), wie R. schließlich meint, einmal bessere Aufschlüsse über den Zustand der Hautgefäße (Kontraktion derselben mit rascherer Zirkulation) und deren Bedeutung für diese Hautleiden geben (tabellarische Übersicht der Fälle).

Usher, B.: Progressive and Recurrent Dermatofibrosarcoma (Dermatofibrosarcoma protuberans (Progressives und rezidivierendes Dermatofibrosarkom).

Zwei Fälle dieser merkwürdigen Art Neubildung, die mit kleinen, jahrelang nur ganz langsam wachsenden Knötchen beginnen und dann plötzlich zu einem größeren gestielten oder frei unter der Haut beweglichen harten Tumor sich gestalten, werden beschrieben. Es handelt sich um einen 33jährigen Mann und eine 35jährige Frau, bei welch beiden die Tumoren in der Bauchhaut saßen und deren Entwicklung 7—8 Jahre zurückdatierte, ohne daß das Allgemeinbefinden gestört war oder Metastasen aufgetreten sind. In dem ersteren Falle wurde die Exzision der einen etwa 7—8 cm im Durchmesser betragenden Geschwulst vorgenommen und trat glatte Heilung ohne Rezidive (nach 5 Monaten) ein, im letzteren waren mehrere kleinere Tumoren, von welchen nur eine Probeexzison vorgenommen wurde, vorhanden, außerdem positiver Wassermann — nachfolgende spezifische Kur ohne irgend welchen Einfluß auf die Neubildungen — und späterhin allgemeine Paralyse. In beiden Fällen war das mikroskopische (histologische) Bild ein gleiches: ausgesprochene Verdickung der Epidermis, das neoplastische Gewebe im Charakter interstitiell mit feinen Streifen dazwischen liegenden reifen Bindegewebes; das neu gebildete fibrilläre reichlich wuchernde Bindegewebe relativ reich an Zellen.

Digitized by Google

Zu bemerken ist, daß die benachbarten (Inguinal-) Drüsen zwar etwas vergrößert waren, aber keine Tendenz zu weiterer Zunahme zeigten. Wenn auch die vorliegende Affektion eine rein lokale zu sein scheint, so möchte Verf. die Frage einer Verallgemeinerung doch noch offen lassen (mit Abbildungen über den histologischen und anderweitigen Befund).

November 1929

Mac Cormac, H.: Primary Sarcoma of the Skin (Primäres Sarkom der Haut). Verf. kommt zu folgender Einteilung der primären Hautsarkome: A. solitäre: 1. Fibrosarkom der Hände, Füße und Gesicht, relativ gutartig, 2. Dariers atypisches Sarkom mit polymorphen Zellen und 3. der besondere hier vorliegende Fall. B. multiple: dermale und hypodermale (Perrins) Typus. C. Infantile Sarkome. Der besondere Fall, der unter Beigabe mikroskopischer Bilder beschrieben ist, betraf eine 48jähr. unverheiratete Frau, die ursprünglich wegen Herzleidens ärztliche Hilfe in Anspruch nahm und bei der am Rücken zwischen beiden Schulterblättern eine harte, rundliche, über der Haut erhabene, etwa 3 Zoll im Durchschnitt messende Geschwulst vorhanden war; im Zentrum ulzerierend, von roter Farbe, war deren Oberfläche unregelmäßig knotig und mit einer Anzahl erweiterter Gefäße bedeckt. In beiden Achselhöhlen die Lymphdrüsen vergrößert und hart, aber frei beweglich. Die Geschwulst besteht seit etwa 6 Monaten, ständig sich vergrößernd, machte außer Unbehagen beim Liegen auf dem Rücken keinerlei subjektive Erscheinungen. Sie wurde bei der Unmöglichkeit einer lokalen Operation mit Radium behandelt, während die Achseldrüsen radikal entfernt wurden. Wenn auch der Tumor zuerst kleiner wurde, so nahm er doch allmählich progressiven Charakter an. Patientin starb 10 Monate nach Beginn des Leidens. Das mikroskopische Bild der Achseldrüsenmetastasen war ein sehr auffallendes und merkwürdig verschieden von jenem des primären Sarkoms.

Dore, S. E., u. M. Mitman: A Case of Pemphigus vegetans (Ein Fall von Pemphigus vegetans).

Es handelt sich um eine 55jähr. verheiratete Frau, deren Krankheit mit Halsschmerzen (als Folge von im Munde aufgebrochenen Blasen) begann. Kurz darauf Blasen in der Leistengegend, die von Wucherungen gefolgt waren; bald papillomatöse Gewächse, welchen Blasen vorhergingen, auch am Gefäß, Perineum und in der Achselhöhle. Die lokalen Erscheinungen besserten sich zeitweise unter antiseptischen Umschlägen und Röntgenbehandlung, aber der Allgemeinzustand wurde immer schlechter, und schließlich trat der Tod ein. Immerhin schien Verff. die lange Dauer der Krankheit, in deren Verlauf auch eine Amputation eines Beines notwendig wurde, bemerkenswert ($4^1/_2$ Jahre). Therapeutisch wurden außer oben genannten Mitteln ultraviolettes Licht in täglichen Sitzungen und Vakzine angewendet — mit recht unsicherem Erfolg (mit 3 sehr anschaulichen Abbildungen).

Thomson, S.: The Treatment of Erysipelas by Means of Antiscarlet Fever Serum (Die Behandlung des Erysipels mittel des Anti-Scharlach-Serums).

Auf Grund von 7 Fällen, die mit dem von Burrongs Wellcome & Co. gelieferten Serum behandelt worden sind, kommt Verf. zu folgenden Schlüssen. Die Serumbehandlung ist angezeigt in Fällen, wo die Prognose eine recht zweifelhafte, wo also ausgesprochene Allgemeinerscheinungen und rascher Puls mit hohem Fieber (bis zu 40°C) vorhanden sind. Die Serummenge darf keine zu kleine (5—20 ccm pro Dosis je nach Alter und Fall) sein, speziell bei ganz jungen Patienten; das Serum muß wenigstens 3 Tage lang oder länger, auch nach scheinbarer Besserung gegeben werden. Wichtig ist in jedem Falle von Erysipel möglichst baldige Prognosestellung, besonders wenn es sich um ganz junge oder sehr alte Patienten handelt; in solchen Fällen ist das Serum zu empfehlen, wenn hochgradig toxische Erscheinungen vorhanden sind. Länger wie zwei bis drei Tage sollte man nicht zuwarten. Tabellarische Übersicht. M. Stern-München.

The American Journal of Syphilis

1929, Bd. 13, Nr. 3

Cady, L. D., u. F. H. Ewerhardt: Febrile Body Temperatures as Possible Adjunct Treatment in Wassermann-fast Syphilitic Patients (Febrile Körpertemperaturen als Unterstützungsmittel bei der Behandlung wassermannfester Syphilitiker). S. 313.

Nach den Erfahrungen der Verff. scheinen heiße Bäder keinen konstanten günstigen Einfluß bei wassermannfester Lues zu haben; vielleicht werden die serologischen

Digitized by Google

Reaktionen während kurzer Perioden der Heißwasserbehandlung labiler. Doch regen die Besserungen im Allgemeinbefinden der Kranken und anscheinend serologisch günstige Beeinflussungen bei einigen Fällen zur Fortsetzung der Versuche an.

Kopecky, J.: Syphilitic Headaches (Syphilitische Kopfschmerzen). S. 332.

Von 4300 Pat. der inneren Poliklinik hatten 882 Syphilis; 632 dieser Syphilitiker klagten primär über irgend welche Schmerzen, welche syphilitischen Ursprungs zu sein schienen; 131 gaben Kopfschmerzen als Hauptbeschwerde an. Meist schienen die Kopfschmerzen toxischen oder funktionellen Ursprungs zu sein; nur sehr wenige Fälle hatten strukturelle Veränderungen. Man sollte alle Kranke mit unklaren persistenten Kopfschmerzen genau auf Syphilis untersuchen.

Weatherby, F. E.: Previous Treatment of Patients who have Developed Neurosyphilis. An Analysis of two Hundred and Eighty Clinical Records (Vorausgegangene Behandlung bei Pat. mit Nervensyphilis. Analyse von 280 klinischen Beobachtungen). S. 338.

Die Statistik ergibt nicht, daß Salvarsanbehandlung im Frühstadium zur Entwicklung der Paralyse prädisponiert; Paralyse entsteht gewöhnlich bei undiagnostizierten, vernachlässigten und nicht genügend behandelten Fällen. Salvarsan scheint für das frühe Einsetzen der zerebrospinalen Syphilis zu prädisponieren. Indessen mögen wohl unbehandelte Fälle mit anscheinend spätem Einsetzen schon früh ein Befallensein des Hirns und Rückenmarkes aufgewiesen haben und dies wäre bei der Untersuchung in den frühen Stadien aufgedeckt worden. Der Faktor der Vernachlässigung tritt bei Tabikern und Fällen von Psychose mit zerebraler Syphilis nicht so deutlich hervor wie bei der Paralyse, doch hatte die Majorität keine frühere Behandlung. Trotz Malaria in verschiedenen Intervallen nach der syphilitischen Infektion können sich Paralyse und andere Formen der Nervensyphilis entwickeln.

Boose, H. H.: Nonspezific and Malarial Therapy in Neurosyphilis (Nichtspezifische und Malariabehandlung bei Nervensyphilis). S. 348.

Die Malariaimpfung bei Paralyse ist unter den nichtspezifischen Verfahren die Methode der Wahl. Die Besserung ist deutlicher und prolongierter, wenn der 12tägigen Chininbehandlung unmittelbar eine Behandlung mit Tryparsamid, Hg und J folgt. Jeder Malariaanfall verändert das vegetative Gleichgewicht des Gefäßsystems und verursacht Gewebsaktivität an den Herden chronischer Entzündung. Es wurden in 42—47,6% bei Männern und 46% bei Frauen Resultate erhalten; gute Resultate bei 23,8%; Todesfälle 4,7—8,5%.

Carr, A. D.: Acute Syphilitic Meningitis (Akute syphilitische Meningitis). S. 360.

Während des Verlaufs der Syphilis können sich Symptome der Zerebralreizung entwickeln, welche auf eine akute Meningitis hindeuten, und diese sind von deutlichen charakteristischen Veränderungen der Spinalflüssigkeit begleitet. Diese Befunde sind außerordentlich konstant: WR stets positiv; ausgesprochene Lymphozytose. Die Langesche Goldsolkurve zeigt den Paralysetypus. Dies ist das Bild der akuten syphilitischen Meningitis. Zwölf derartige Fälle wurden bei 530 Fällen von Syphilis gefunden und sorgfältig beobachtet. Die Krankheit tritt schon früh im Verlaufe der Syphilis auf; die Symptome sind die des erhöhten interkraniellen Druckes. Wiederholte Lumbalpunktionen und Hg bis zur Toleranz gaben gleichmäßig gute Resultate; die unmittelbare Prognose ist eine gute.

Rose, D. K., u. R. Deakin: The Cystometric Diagnosis of Central Nervous System Syphilis; a new Appreciation of the Term Neurogenic bladder (Die zystometrische Diagnose der Syphilis des Zentralnervensystems; eine neue Bewertung der neurogenen Blase). S. 371.

Hinweis auf die Bedeutung des Zystometers zur Messung des Harnblasendruckes. Das Verfahren ermöglicht die Feststellung des Befallen- oder Nichtbefallenseins des Zentralnervensystems bei Syphilis. Die Zystometrogramme differenzieren myogene von neurogenen Dysurien und lassen früh Prostataverengerungen von neurogenen Blasen unterscheiden. Die Ablesung der Kurven zeigt genauer den Typus des nervösen Befallenseins, die ungefähre Lokalisation und gibt dem Ausdruck „neurogene Blase" eine größere Bedeutung. Man kann die neurogenen Blasen zystometrisch einteilen in a) die durch Reizung oder Zerstörung der sympathischen Nerven (thorakolumbal, die Nerven der Blasenfüllung), b) die durch Reizung oder Zerstörung der parasympathischen Nerven (kraniosakral), die Nerven der Blasenentleerung), c) Zutritt der Funktion des Nervus pudendus, welcher den äußeren willkürlichen Muskel versorgt, d) Veränderungen des Zentralnervensystems über den Ursprung des thorakolumbalen (2. dorsalen) Spinal-

Digitized by Google

segments, e) psychische (hysterische) Blasen, f) Reflexmechanismen bei postoperativer Retentionen, g) intra- und extraspinale Rückenmarksschädigungen, wenn die Schädigung eins der Reflexgebiete der Blaseninnervation betrifft.

Singer, H. A.: Syphilis of the Stomach with Special Reference to its Relationship to Linitis Plastica (Syphilis des Magens mit besonderer Berücksichtigung ihrer Beziehungen zur Linitis plastica). S. 391.

Mitteilung zweier Fälle mit den allgemeinen Charakteren der Linitis plastica mit Befallensein der distalen Partie des Magens. Bei beiden Fällen lieferten die klinischen, röntgenologischen, serologischen und pathologisch-anatomischen Untersuchungen genügendes Material, um eine syphilitische Ätiologie anzunehmen. Auf der Basis dieser und ähnlicher Fälle kommt der Verf. zu der Annahme, daß die Magensyphilis in engen Beziehungen zu der sogenannten benignen Linitis plastica steht, indem die letztere häufig ein heilendes oder abgeheiltes Stadium der ersteren darstellt. Verf. nimmt weiter an, daß nicht wenige Fälle von hypertrophischer Pylorusstenose, Sanduhrmagen, hypertrophischer Magensklerose und subakuter oder chronischer phlegmonöser Gastritis, deren Ätiologie dunkel war, primär auf Syphilis zurückzuführen sind.

Gager, L. T.: Syphilitic Heart Disease. A Consideration of Early Diagnosis and Factors in Immunity (Syphilitische Herzerkrankungen. Betrachtungen über die Frühdiagnose und Faktoren bei der Immunität). S. 411.

Im Grunde steht hinter dem Ideal und der Praxis der konservativen Behandlung der tertiären Syphilis des Herzens und der Aorta die Bewertung der Immunität, des natürlichen Gewebswiderstands, welchen wir zu erhalten, zu steigern und nicht zu verschlechtern wünschen. Eine genaue Herzdiagnose, die Abwertung der individuellen Faktoren und die Möglichkeiten, den Pat. und seine Reaktion auf die Behandlung zu beobachten, sind die teilweisen Unterlagen für den therapeutischen Erfolg. Ruhe führt bei alten Leuten zu klinischer Heilung, und das ist dann eine genügende Behandlung. Bei jüngeren Menschen, die mehr zu verlieren haben, werden die Erleichterung der Symptome, das Schwinden der Krankheitszeichen oder die Wiederherstellung der Funktion nur erreicht durch eine Maximalzahl von Kuren und Mengen von JK, Hg, Salvarsan und Bi, und wenn diese Kuren gut vertragen werden, so scheint dies eine gute Behandlung zu sein. Aber wir sollen doch nicht vergessen, daß nicht alle Pat. mit Syphilis des Herzens und der Aorta an ihrer Herzkrankheit sterben. Unglücklicherweise wissen wir nicht, ob eine positive WR, für sich bei tertiärer Syphilis erhalten, ein Zeichen der Aktivität der Krankheit oder eins der schützenden Immunität bedeutet.

Kast, C. K., u. J. A. Kolmer: Concerning the Cultivation of Spirochaeta pallida (Zur Kultur der Spirochaeta pallida). S. 419.

Während die Kultur saprophytischer Spirochäten von Smegma und Speichel gut gelang, vermochten die Verff. nicht die Spirochaeta pallida aus syphilitischem menschlichem und Kaninchengewebe zu züchten trotz aller möglicher Variationen der Methode und trotz Verwendung von 17 verschiedenen Kulturmedien. Eingehende Darstellung der Literatur über die Kultivierung der Spirochaeta pallida. Es ist den Verff. sehr wahrscheinlich, daß die angeblich gelungenen Kulturen der Spirochaeta pallida Kulturen pallida-ähnlicher saprophytischer Spirochäten waren. Die Kultur der virulenten Spirochaeta pallida ist noch nicht allgemein gelungen und stellt ein wichtiges Problem der Syphilisforschung dar.

Warthin, A. S.: A Silver-Starch-Gelatin-Method for the Demonstration of Spirochetes in Single Tissue Sections (Eine Silber-Stärke-Gelatine-Methode für die Darstellung der Spirochäten in einzelnen Gewebsschnitten). S. 454.

Die Unsicherheit der Silberpräzipitierungsmethoden beruht vor allem auf den nicht erkannten Variationen in der Wasserstoffionenkonzentration. Verdünnte Salpetersäure eignet sich bei einzelnen Schnitten oder kleinen Gewebsstücken zur Hervorrufung einer allgemeinen Reaktion oder zu einer Reaktion, die man am besten einer Silberpräzipitierung der Spirochäten in gegebenen Schnitten folgen läßt, ohne Rücksicht auf vorausgegangene Veränderungen in der Äzidität der Gewebe. Für die Darstellung der Spirochäten in allen Geweben mit Ausnahme des Zentralnervensystems ist nach Ansicht des Verf. die Stärke-Gelatine-Modifikation der Warthin-Starry-Silber-Methode bequem und spezifisch und gibt mehr uniforme Resultate mit einem höheren Prozentsatz positiver Mikroorganismen und charakteristischen Gewebsveränderungen.

Olsen, R. E.: A Comparision of the Methods of Staining Spirochaeta pallida in Tissue (Ein Vergleich der Färbungsmethoden der Spirochaeta pallida im Gewebe). S. 463.

Digitized by Google

Nach den vorliegenden Untersuchungen des Verf. färbt sich das Material von Syphilis congenita mit allen Methoden, aber am befriedigendsten nach Jahnel, Warthin-Starry und Dieterle. Dieterles Methode ist auch sehr gut für Tonsillen und Gehirn, obwohl das letztere gute Resultate mit der langen Methode von Jahnel gab und nach Armuzzi und Strempel positiv ausfiel. In der Aorta gab nur die verbesserte Warthin-Starry-Methode gute Resultate und nur sie erlaubte, einen beträchtlichen Prozentsatz von Spirochäten darzustellen. In Anbetracht der Häufigkeit des Befallenseins der Aorta bei Syphilis ist die Warthin-Starry-Methode von keinem geringen Werte. Um schnellere Resultate zu erhalten, wenn es sich um wenig Gewebe handelt, ist es viel besser, dieses einzubetten und Schnitte anzufertigen, die mit den verschiedenen Methoden behandelt werden können, als alles auf die Imprägnierung eines ganzen Blockes ankommen zu lassen. Keine Färbung zur Darstellung der Pallida in Blöcken oder Schnitten ist vollkommen, aber durch Auswahl der für ein Gewebe geeigneten Methoden ist es fast immer möglich, die Pallida nachzuweisen.

1929, Bd. 13, Nr. 4

Coutts, W. E.: The Problem of Syphilis from a Biological and Clinical Point of View (Das Problem der Syphilis vom biologischen und klinischen Gesichtspunkte). S. 489.

Verf. weist darauf hin, daß unsere Kenntnisse über die Syphilis noch in den Kinderschuhen stecken; wir kennen den Erreger der Krankheit, wissen aber nichts über seinen Lebenszyklus. Die Bedeutung der Antisyphilitika hänge nicht allein ab von den Erfolgen bei experimenteller Kaninchensyphilis und von der entsprechenden klinischen Heilung der spezifischen Veränderungen und dem Schwinden der Spirochäten in den offenen Herden und von der günstigen Beeinflussung der spezifischen Blutreaktionen und der klinischen Symptome, sondern von dem weiteren Schicksal der Pat. nach Aussetzen der Behandlung und den schließlichen Ergebnissen bei Sektionen.

Hazen, H. H.: Syphilis, the Prevention of Complications (Die Verhütung von Komplikationen bei Syphilis). S. 510.

Hinweis auf die Notwendigkeit, die Antisyphilitika individuell anzuwenden; Bedeutung der Lumbalpunktion und der Untersuchung von Herz und Aorta.

MacKee, G. M.: Syphilis in Elderly Persons (Syphilis bei älteren Leuten). S. 514.

Erwägungen und statistische Ergebnisse über den Verlauf der Syphilis bei älteren Leuten.

Verbrycke, J. R.: Congenital Syphilis of the Stomach (Kongenitale Syphilis des Magens). S. 524.

Die Diagnose der kongenitalen Magensyphilis bei dem 13jährigen Knaben, über dessen Eltern nichts bekannt war, stützte sich auf das Röntgenbild und das Schwinden der schweren Symptome nach einer Salvarsan-Jodbehandlung.

Menninger, W. C.: Congenital Syphilis of the Pancreas (Kongenitale Syphilis des Pankreas). S. 527.

Übersichtliche Darstellung der Klinik und Pathologie der Pankreaserkrankungen bei Lues congenita. Sieben eigene Beobachtungen. Die kongenitale Syphilis führt wohl ebensooft zu Veränderungen des Pankreas, als der anderen inneren Organe. Das Pankreas ist gewöhnlich vergrößert und von mehr fibröser und fester Konsistenz. Mikroskopisch findet man übermäßige perivaskuläre Bindegewebsproliferation in interstitieller Verteilung. Die Langerhansschen Inseln werden erst spät befallen und dann nur indirekt durch den Druck des umgebenden Bindegewebes. Gummabildung kommt nur ausnahmsweise vor. Klinisch wird die Kachexie bei Syphilis congenita dem Befallen des Pankreas zugeschrieben, wie die Azetonurie und Azidose. Wahrscheinlich sind manche Fälle von Diabetes mellitus bei Kindern auf eine kongenitale syphilitische Pankreatitis zurückzuführen.

Robinson, H. M.: Arsphenamine Dermatitis with Gangrene (Salvarsandermatitis mit Gangrän). S. 536.

Fall von Salvarsandermatitis mit tödlichem Ausgang, von besonderem Interesse dadurch, daß mehrere Herde von trockener und feuchter Gangrän das Krankheitsbild komplizierten. Der Ausgang hätte sich nach R. vermeiden lassen, wenn gleich nach Auftreten des Juckreizes die Behandlung sistiert worden wäre.

Digitized by Google

Belding, D. L.: The Wassermann Test. XXII. The Provocative Wassermann Reaction (Die Wassermann-Reaktion. Die provokative Wassermann-Reaktion). S. 541.

B. prüfte die Provokation der WR bei 338 Fällen; nur 3,3% ergaben verstärkte Reaktionen. Die Resultate differierten je nach dem angewendeten Mittel, nach der Methode der Injektion, dem Stadium der Krankheit, der Stärke der vorausgegangenen Behandlung. Der Autor spricht der Provokation der WR keine zu hohe klinische Bedeutung zu. Der größere Teil der provokatorischen Reaktionen in der Literatur ist auf technische Irrtümer zurückzuführen. Zur korrekten Durchführung der provokatorischen Prüfungen sind ganz bestimmte Bedingungen erforderlich, wie sie sich bei laufenden Untersuchungen selten finden. Nur dann hat diese Prüfung bei alter und behandelter Syphilis einigen Wert.

Kahn, R. L., u. E. McDermott: The Kahn-Reaction with Spinal Fluid (Die Kahn-Reaktion mit Spinalflüssigkeit). S. 556.

Die reguläre Kahn-Reaktion mit Spinalflüssigkeit, bei der Standardantigen angewendet wird, gibt empfindlichere Reaktionen bei Ausführung mit der Gesamtglobulinmenge, als mit Teilglobulin. Die Methode mit Anwendung der 50%igen Sättigung (mit Ammoniumsulfat) gibt keine falschen positiven Reaktionen, aber ist nicht frei von falschen negativen.

Davenport, K. M.: The Clinical Value of the Kahn Test with Spinal Fluids (Der klinische Wert der Kahn-Reaktion bei Spinalflüssigkeit). S. 570.

Anwendung der Kahn-Reaktion der Spinalflüssigkeit bei 487 Fällen. Bei 118 unbehandelten Fällen waren 27 positive und 84 negative Reaktionen in Übereinstimmung mit dem klinischen Befunde. Bei 369 behandelten Fällen entsprachen 227 positive, 105 negative Befunde dem klinischen Verhalten. Die positive Kahn-Reaktion entspricht der klinischen Neurosyphilis, was auf die hohe Spezifität der Methode hinweist.

Davenport: The Clinical Value of the presumptive Kahn Test with Spinal Fluids (Der klinische Wert der präsumptiven Kahn-Methode mit Spinalflüssigkeit). S. 575.

Kahns „präsumptive" Methode ist bei der Untersuchung der Spinalflüssigkeit viel sensibler, als die reguläre Methode. Ihr klinischer Wert ist aber erst nach ausgedehnten Untersuchungen bei Pat. festzustellen, die nach der regulären Methode negativ, nach der neuen positiv reagieren.

Miller, Th. H.: The Kline Slide Precipitation Test for Syphilis (Klines Objektträger-Präzipitationsmethode bei Syphilis). S. 583.

Vergleichende Prüfungen der Klineschen Methode mit der Kollmerschen Modifikation der Wassermann-Methode und der Kahnschen Präzipitationsmethode.

Kling, D. H.: The Wassermann-Reaction in Joints Fluids (Die Wassermann-Reaktion bei Gelenkflüssigkeiten). S. 596.

Die WR fiel bei 35 Fällen von meist traumatischem Gelenkerguß mit der Gelenkflüssigkeit ebenso aus, wie bei der Blutuntersuchung. F. Juliusberg-Braunschweig.

Mitteilungen aus der Literatur

Tuberkulose

Axmann, H.-Erfurt: 40 Jahre Lupusbekämpfung. (Lupusheilstätte.) Strahlenther., Bd. 31, H. 4, S. 821.

Verf. zeigt in historischem Überblick, wie die Lupusbehandlung von Messer und Ätzstift hinweg immer mehr in das Gebiet der Strahlentherapie wanderte. Die eigentliche Lupusbekämpfung setzte ein, als Finsen die Sonnenstrahlen in bekannter Weise filtriert benutzte. Im Finseninstitut sucht man das Sonnenlicht mehr und mehr durch Kohlenbogenlicht zu ersetzen. Die Kohlenbogenlampe, ein sogenanntes „Mischlicht", hat neben dem kurzwelligen Ultraviolett auch die mehr penetrierenden langwelligen Strahlen, während im Sonnenspektrum der bis jetzt anscheinend wichtigste Teil um und unter 300 μμ häufig fehlt. Nach dem Finsenlicht waren es Röntgen- und Radiumstrahlen, welche in die Lupustherapie eingeführt wurden, indessen konnten beide, schon im Hinblick auf die größere Gefährlichkeit der Behandlung im Vergleich mit den geringeren Heilungserfolgen, die teuere und langwierige Finsenbehandlung bis jetzt nicht ersetzen. Die Quecksilberdampflampe

Digitized by Google

schien kurze Zeit ein gefährlicher Konkurrent werden zu wollen. Doch genügten ihre kurzwelligen Strahlen zur wirklichen Heilung der Hauttuberkulose nicht, da sie nicht in tiefere Schichten einzudringen vermochten. Einen guten Platz in der Lupustherapie möchte Verf. der operativen Diathermie einräumen. Wenn auch keines dieser Heilmittel den großen Erfolg gegen den Lupus brachte, so haben doch alle im Kampfe gegen diese Volksseuche ihre Berechtigung. Verf. schildert den Beginn der Lupusfürsorge, die Störung dieser Bestrebungen durch den Weltkrieg und das Wiederzuchrenkommen der ambulanten Behandlung, der er warm das Wort redet. Als neuere Methode erwähnt Verf. noch die Anwendung kurzer 0,25—3 m langer elektrischer Wellen nach Art der Diathermie. Neben der lokalen Behandlung scheint die kochsalzfreie Diät nach Gerson-Sauerbruch-Hermannsdörfer von einigem Wert zu sein. Als Ergänzungssalze zu dieser Diät werden Mineralogen und das besser schmeckende Glosan gegeben. E. Kottmaier-Mainz.

Bommer, S.-Gießen: Die Ernährungsbehandlung der Hauttuberkulose. (Lupusheilstätte.) M. m. W., 1929. Nr. 17, S. 707.

Verf. berichtet über die Erfahrungen, die er an einem Material von 150 Kranken mit der Ernährungsbehandlung bei Hauttuberkulose gewonnen hat. Mit der von Gerson, Sauerbruch und Hermannsdorfer in die Tuberkulosetherapie eingeführten diätetischen Behandlung, die darin besteht, daß eine an Fett reiche und an Kohlehydraten arme Kost gereicht wird, aus der das Fleisch fast völlig ausgeschaltet ist und in der das Kochsalz ganz und gar fehlt, das durch andere Mineralien, „Mineralogen", ersetzt wird. Von Wichtigkeit ist ferner eine häufigere Darreichung von Einzelmahlzeiten und Sorge für vitaminreiche Kost. Die auf diese Weise ausgeführte Behandlung, kombiniert mit Sonnen- und Lichtbädern, führte in den meisten Fällen sehr rasch zum Verschwinden der Krankheitsherde. Unter allmählichem Nachlassen der Schwellung in der Umgebung des Lupusknötchens und Schwinden des Ödems in den ersten 2—3 Wochen kommt es weiterhin im Verlauf weniger Wochen zum Abblassen und Abschwellen der Knötchen selbst, die langsam zu zerfließen beginnen und spurlos von der umgebenden Haut aufgesogen werden. Diese selbst in resistenten Fällen glänzenden Behandlungserfolge haben nicht nur den Vorteil der absoluten Ausheilung, sondern auch den eines guten kosmetischen Effektes. B. Peiser-Berlin.

Lorenz, J.-Hamburg: Die Erfolge der Röntgenbestrahlung bei den Erkrankungen der Drüsen im Kindesalter. Zschr. f. ärztl. Fortbild., Jahrg 26, Nr. 10, S. 312.

Verf. empfiehlt die meist tuberkulösen Lymphome bei Kindern im Sinne Heidenhains mit kleinen Röntgendosen zu bestrahlen. Bei einzelnen Drüsen oder kleineren Drüsenpaketen werden 3 mm Aluminiumfilter, bei großen Paketen oder bei entzündlichem Gewebe 0,5 mm Zink- oder Kupferfilter benutzt, in einer Sitzung höchstens $^1/_3$ HEG; $^2/_3$ HEG im Abstand von einer Woche gegeben bilden eine Serie; 4 Wochen später eventuell Verabreichung einer zweiten Serie. Fistelbildungen reagieren recht günstig, doch muß man mitunter bis zu sechs Serien, zuletzt mit Pausen von 5—6 Wochen, hierbei geben. Der Kehlkopf ist durch Blei abzudecken; doppelseitige Halsbestrahlungen an einem Tage sind wegen der Wirkung auf die Speicheldrüsen zu vermeiden. W. Curth-Berlin.

Mouzon, J.: Le morrhuate de cuivre colloidal dans le traitement de la tuberculose (Das Morrhuat des kolloidalen Kupfers bei der Tuberkulosebehandlung). Presse méd., 1929, Nr. 22, S. 358.

Es handelt sich um die Morrhuinsäure, die zuerst in Verbindung mit Natron, dann in öliger Lösung als Äthylmorrhuat verwandt wurde und die jetzt in Verbindung mit kolloidalem Kupfer, besonders in Brasilien, angewandt wird. Das Kupfermorrhuat soll die Tuberkulose insofern günstig beeinflussen, als es schnell die Temperatur senkt, das Allgemeinbefinden hebt und auch auf die Bazillen selbst zerstörend einwirkt. Die bisher in Frankreich damit gemachten Erfahrungen sind ebenfalls günstig, so daß Verf. seine Versuche fortsetzt. F. Landauer-Berlin.

Lucksch, F., u. A. Skutetzky-Prag: Die Morphologie und die Filtrierbarkeit des Tuberkuloseerregers. (Path.-anat. Inst. d. Deutschen Univ.) M. Kl., 1929, Nr. 34, S. 1287.

In Tuberkulosefällen mit sehr chronischem Verlaufe und ohne Aktivitätszeichen wie Temperaturerhöhung, Körpergewichtsverlust, fanden sich unabhängig von Ausdehnung des Krankheitsprozesses und Alter der Pat. regelmäßig Bazillen mit polständigen, seltener mittelständigen, mitunter auch frei neben ihnen gelagerten,

Digitized by Google

also offenbar aus ihnen ausgetretenen Körnern. Ob es sich dabei um beständige mit dem Lebensprozeß des Mikroben in unmittelbarer Beziehung stehende Bestandteile oder um Degenerationsprozesse handelt, ist nicht sicher, jedenfalls hat das Vorkommen der Körnchen eine prognostisch günstige Bedeutung. Die Körnchen sind von verschiedener Größe und starker Färbbarkeit, die Größe geht soweit herab, daß die Filtrierbarkeit begreiflich erscheint. Tatsächlich konnten sie auch im Zentrifugat der Filtrate wieder aufgefunden werden. Sie ähneln vollkommen den in den Organen von Meerschweinchen gefundenen Gebilden, die mit für gewöhnlich für steril gehaltenen Filtraten geimpft worden waren; es handelt sich um Wuchsformen der Tuberkelbazillen, die in ihrer Virulenz abgeschwächt sind. Es ergibt sich daraus die Möglichkeit der plazentaren Übertragung der Tuberkulose und die Beziehung der Tuberkulose zur Lymphogranulomatose sowie die Möglichkeit der Verwendung derartiger durch das Filter abgetrennter abgeschwächter Formen zu Schutzimpfungen. Die Körnchenbildung und Filtrierbarkeit kommt auch bei den Erregern anderer Krankheiten vor. E. Levin-Berlin.

Wohlfeil, T., u. J. Jacobi-Bonn: Ergebnisse beim Vergleich zwischen mikroskopischer Untersuchung, Tierversuch und Kulturverfahren auf Tuberkelbazillen und ihre klinische Bedeutung. (Hyg. Inst. d. med. Kl. d. Univ.) M. Kl., 1929, Nr. 26. S. 1025.

Untersuchungen auf Tuberkelbazillen mit der Hohnschen Modifikation des auf Differenzierung mit Schwefelsäure beruhenden Verfahrens von Löwenstein und Sumiyoshi ergaben weitgehende Überlegenheit gegenüber der mikroskopischen Untersuchung, doch konnte die Kultur nur in ungefähr 75% der Fälle positive Resultate geben, weil das Untersuchungsmaterial oft keine genügend große Menge besitzt. Es erfolgt dann der Nachweis durch den Tierversuch in kürzerer Zeit, und es wird dieser zunächst als unbedingt erforderlich angesehen werden müssen und das Kulturverfahren nur eine Ergänzung darstellen. Der Nachweis von Tuberkelbazillen im Liquor gelingt dadurch verhältnismäßig leicht, auch für Punktate und Eiter ist die Methode empfehlenswert. Für Stuhluntersuchungen ist sie wegen des hohen Prozentsatzes an verunreinigten Kulturen ungeeignet. E. Levin-Berlin.

Vassiliou, V. A.-Athen: Biologisch-chemische Forschungen über den Tuberkelbazillus. (Tbc.-Abt. d. staatl Serother. Inst. Wien.) Zschr. f. Tbc., Bd. 54, H. 3, S. 219.

Tote, reichlich mit Wasser gewaschene Tuberkelbazillen wurden mit Chloroform extrahiert. Der Extrakt ließ sich in zwei Schichten trennen, deren eine ein wachsartige, die andere eine fettartige Substanz nach Verdunsten des Chloroforms hinterließ. In beiden Schichten waren, gut nach Ziehl-Neelsen färbbar, die Tuberkelbazillen erhalten. Die extrahierten Stoffe sind mehr ein Sekretionsprodukt als die Leibessubstanz der Tuberkelbazillen. Die eingehende chemische Untersuchung zeigte, daß die extrahierten Stoffe weder Fette noch Wachs sind. Sie geben die Reaktionen der Zuckerarten, und zwar einer Aldopentose. B. Fischer-Prag.

Blumenberg, W.-Bonn: Vergleichende Untersuchungen zur Methodik der Tuberkelbazillenzüchtung. (Hyg. Inst. d. Univ.) M. Kl., 1929, Nr. 29, S. 1136.

Für die Kultur des Tuberkelbazillus erwies sich die von Hohn verbesserte Methode von Löwenstein-Sumiyoshi der Säurebehandlung von großer Bedeutung. Sie wirkt besonders abtötend auf die verunreinigenden Begleitbakterien, ist jedoch auch zu empfehlen, wenn diese fehlen. Von den verschiedenen mit dieser Methode geprüften Nährböden entsprach der Lewinthalsche am meisten den Bedürfnissen des humanen Typus, der Lubenau-Nährboden am besten denen des bovinen Typus. Der Petroffsche versagte verhältnismäßig häufig. Der Petragnani-Nährboden zeigte sich dem Lewinthalschen noch überlegen, indem das Wachstum ein üppigeres war und mehrere Tage früher begann. Die Salzsäurebehandlung ist der Schwefelsäurebehandlung vorzuziehen; trotzdem aber bleibt die Kulturmethode eine sehr subtile und stellt für praktisch-diagnostische Zwecke nur eine Ergänzungsmethode dar. E. Levin-Berlin.

Calmette, A., J. Valtis u. A. Saenz-Paris: The Filtrable Elements of the Tuberculosis Virus (Die filtrablen Elemente des Tuberkulosevirus). J. Am. m. Ass. Bd. 92, Nr. 25, S. 2086.

Die Arbeit stellt eine Erwiderung auf die kritisierenden Arbeiten von amerikanischen Autoren dar, vor allem von Cooper, Petroff u. a. Diese Autoren bezweifelten, daß die säurefesten Elemente, die man in den Lymphdrüsen der mit Filtrat geimpften Meerschweinchen findet, irgendwie mit dem geimpften Filtrat zu

Digitized by Google

sammenhängen, sind vielmehr der Meinung, daß es sich entweder um Spontaninfektionen oder um Paratuberkelbazillen (Timothe-Heubazillus) handelt, da sie in den Lymphdrüsen gesunder Meerschweinchen säurefeste Stäbchen gefunden zu haben glauben. Von Calmette und anderen Autoren konnten bisher nie bei gesunden Meerschweinchen solche säurefesten Organismen festgestellt werden. Außerdem sprechen gegen die amerikanischen Resultate, daß es keinem der Autoren gelungen war, solche Heubazillen zu kultivieren, was technisch keine Schwierigkeiten machen dürfte. Als anderer Beweis für die von Calmette und anderen Autoren vertretene Ansicht wird die Tatsache angeführt, daß durch mehrere Tierpassagen das tuberkulöse Ultravirus seine Virulenz steigert, und zwar soweit, daß es zu Formen der Meerschweinchentuberkulose kommt, die den experimentellen völlig gleichen.

P. Seier-Heidelberg.

Nègre, L., A. Boquet u. J. Valtis: Sur l'affaiblissement de la virulence du Bacille tuberculeux par repiquages précoces (Über die Abschwächung der Virulenz des Tuberkelbazillus durch frühzeitige Weiterimpfungen). Compt. rend. Soc. Biol., Bd. 100, Nr. 24, S. 901.

Ganz junge Kulturen von Tuberkelbazillen erwiesen sich weniger virulent als ältere. Wurden nun mehrere Monate lang alle 4 Tage wiederholte Weiterimpfungen der Kulturen vorgenommen, so trat eine immer weitergehende Abschwächung der Virulenz und schließlich vollkommene Aufhebung derselben ein. Der so erlangte Virulenzgrad blieb in der betreffenden Kultur erhalten. E. Levin-Berlin.

Courmont, P., u. H. Gardère: Action bactéricide du sérum sanguin des tuberculeux sur le Bacille de Koch (Bakterizide Wirkung des Blutserums Tuberkulöser auf den Tuberkelbazillus). Compt rend. Soc. Biol., Bd. 101, Nr. 23, S. 817.

Die bakterizide Kraft des Serums Tuberkulöser auf Tuberkelbazillenkulturen ist eine sehr verschieden starke, am stärksten bei zur Heilung neigenden Fällen, am schwächsten bei schweren, tödlich verlaufenden. Bei alten Tuberkulosen und bei anscheinend gesunden Erwachsenen zeigten sich ein mittlerer Grad bakterizider Kraft. Bei Pferden, die sich gegen Tuberkulose fast refraktär verhalten, war der Grad sehr hoch, bei gesunden Meerschweinchen niedrig, bei tuberkulösen ganz gering und schließlich gleich Null. Die bakterizide Fähigkeit des Blutserums scheint also eine große Rolle bei der Verteidigung des Körpers gegen die Tuberkulose zu spielen.

E. Levin-Berlin.

Panaitesco, V., u. M. Nasta: La cuti- et l'intradermoréaction à la tuberculine au cours des différentes formes cliniques de la tuberculose (Die Kutan- und Intrakutanreaktion mit Tuberkulin im Verlaufe der verschiedenen klinischen Formen der Tuberkulose). Compt. rend. Soc. Biol., Bd. 101, Nr. 24, S. 971.

Versuche an Tuberkulösen verschiedener Stadien und anderen Kranken, die in der Weise angestellt wurden, daß an dem einen Arm die Kutanreaktion mit reinem Tuberkulin, an dem anderen intrakutane Einspritzungen mit Verdünnungen 1 : 1000, 1 : 10000, 1 : 100000 vorgenommen wurden, ergaben zunächst, daß Anergie erst angenommen werden darf, wenn auch intrakutane Einspritzungen von 1 : 10000 bis 1 : 1000 negativ ausfallen, da diese in einem um 20—30% höheren Prozentsatz positive Resultate geben als die einfache Kutireaktion. Immerhin reagierte ein nicht geringer Prozentsatz Tuberkulöser nicht auf Tuberkulin, bei denen man nach dem klinischen Zustande eine derartige Anergie nicht hätte vermuten sollen. Es sprechen hierbei endemische, auf Rasse, Klima, anderen Umständen beruhende Verhältnisse mit.

E. Levin-Berlin.

Spronck, C. H. H., u. W. Hamburger: Über die diagnostische Agglutination und die Vakzinetherapie der Tuberkulose mit einem umgewandelten Tuberkelbazillus. I. Theoretischer Teil. (Bakteriother. Privatlabor. in Zeist-Holland u. d. Med. Abt. d. Marien-Krankenhauses in Hamburg.) M. Kl., 1929, Nr. 29, S. 1130.

Aus allen Kulturen von humanem und bovinem Typus, jedoch nicht vom Typus gallinaceus konnte ein umgewandelter Bacillus tuberculosis transmutatus (BTTx) gewonnen werden, der lipoidarm, nicht säurefest, gramnegativ ist, sich schnell vermehrt und Sporen bildet; seine Rückwandlung in säurefeste Bazillen ist neuerdings gelungen. Diese Bazillen sind avirulent und zeigen keine Tuberkulinwirkung, sie enthalten ein Endotoxin, das Meerschweinchen tötet. Die umgewandelten Tuberkelbazillen agglutinieren spontan nicht; durch Abspülen der Kulturen mit 0,3%igem Formol enthaltender physiologischer Kochsalzlösung erhält man ein Tuberkulosediagnostikum (Transmutandiagnostikum), das agglutiniert, und zwar finden sich

Digitized by Google

Agglutinine gegen BTTx im Blutserum Tuberkulöser in erheblich größerem Ausmaße als bei Gesunden. Eine Suspension von jungen, 24—48 Stunden alten abgetöteten Bazillen in physiologischer Kochsalzlösung ergab ein Vakzin (Transmutan), das unschädlich ist und in vielen Fällen günstige Resultate ergeben hat.
E. Levin-Berlin.

Allard, E., u. Wotzka-Zeist: Über die diagnostische Agglutination und die Vakzinetherapie der Tuberkulose mit einem umgewandelten Tuberkelbazillus. II. Klinischer Teil. M. Kl., 1929, Nr. 30. S. 1167.

Die Transmutanagglutination ergab bei offener Tuberkulose sowie Tuberkuloseverdacht in über 75% der Fälle ein positives Resultat, es agglutinierte also immerhin ein Teil sicher offen Tuberkulöser nicht, während andererseits 24% nicht nachweisbar Tuberkulöse positiv agglutinierten. Kachektische waren außer Betracht gelassen, da sich hier wie bei den anderen Reaktionen das Verschwinden der Antikörper in den Endstadien in negativer Reaktion geltend macht. Im übrigen zeigte die Agglutination eine auffallende Übereinstimmung mit der Pirquet-Reaktion. Die Höhe der Agglutination hat keine prognostische Bedeutung. Therapeutisch wirkte die Transmutanbehandlung auf das subjektive Befinden der Pat. ausgezeichnet. Von 37 offenen Lungentuberkulosen wurden 5 geheilt, 8 voll arbeitsfähig, 7 wesentlich gebessert, 5 gebessert, 4 ungeheilt. Fünf geschlossene Lungentuberkulosen wurden ohne nachweisbaren Lungenbefund entlassen und sind voll arbeitsfähig. E. Levin-Berlin.

Schulz, E.-Oberschreiberhau: Zum Tuberkuloseproblem: Die Tuberkulose ist eine Krankheit des Lymphdrüsensystems. Zbl. f. Tbc., Bd. 54, H. 3, S. 204.

Ob die Tuberkulose nach Ranke mit einem Primärherd beginnt, ob die Tuberkelbazillen fähig sind nach Petruschky intakte Schleimhäute zu passieren, in jedem Fall erkrankten die Lymphdrüsen. Von den primär erkrankten Lymphdrüsen aus kann die Infektion auf dem Lymphwege auch weitergelegene Lymphdrüsen ergreifen. Die Drüsenherde sind als Sekundärherde zusammenzufassen. Dieser ist der ständige Sitz der Tuberkulose und bildet die Brücke von der Krankheit des Kindes zu der des Erwachsenen. Vor allem gilt dies für die Hilusdrüsen. Der Sekundärherd kann ausheilen, latent bleiben, toxisch wirken, Metastasen setzen (die Tertiärherde). Diese Anschauungen lassen sich mit der Rankeschen Lehre in Einklang bringen. Das Vorhandensein eines Sekundärherdes macht das biologische Verhalten der einzelnen Stadien verständlicher. E. Fischer-Prag.

Nobel, E.: Tuberkuloseprophylaxe. W. kl. W., 1929, Nr. 29, S. 972.

Zusammenfassend ist zu sagen, daß frische menschliche abgeschwächte Tuberkulose eine erhöhte, allerdings nur kurzdauernde Resistenz gegen Perlsuchtinfektion hervorrufen, daß selbst durch hohe Dosen abgeschwächter boviner Tuberkulose ein Schutz gegen natürliche Infektion nie erreicht wird. Mit BCG-Bazillen läßt sich eine tuberkulöse Erkrankung hervorrufen, allerdings nur bei parenteraler Verabreichung. Jedoch ist die Behandlung von Neugeborenen nicht ungefährlich, und die Immunität, die scheinbar immer erreicht wird, erlischt mit dem meist schnellen Ausheilen der Infektion selbst. Über die Langersche Impfung mit abgetöteten Tuberkelbazillen liegen noch nicht genügend Erfahrungen vor. Sie ist aber keinesfalls gefährlich. Die passiven Immunisierungsversuche sind alle fehlgeschlagen. Die Hauptaufgabe der Tuberkuloseprophylaxe liegt darin, eine Infektion der Kinder im ersten Lebensjahre zu verhüten und dieselben auch später in einem günstigen Ernährungszustande zu halten. H. Colman-Berlin.

Mikulowski, V.-Warschau: Ein Beitrag zur geschlossenen Tuberkulose bei Kindern. Zschr. f. Tbc., Bd. 54, H. 3, S. 236.

Bei einem tödlich verlaufenen Fall von anatomisch geschlossener Drüsen- und Knochentuberkulose ohne Erkrankung der Lungen und des Darmes, konnten während der Krankheit des 3jährigen Kindes wiederholt Tuberkelbazillen im Stuhl nachgewiesen werden. Die Tuberkelbazillen wurden als Folge der tuberkulösen Bazillämie durch die Galle in den Darm ausgeschieden, was durch Verimpfung der Galle bewiesen wurde. Verf. betont die diagnostische Bedeutsamkeit des Tuberkelbazillennachweises im Stuhl. E. Fischer-Prag.

Nicolau, S., u. M. Blumenthal: Sur un cas de lupus tuberculeux dû au Bacille aviaire (Über einen auf B. aviarius beruhenden Fall von Lupus). Compt. rend. Soc. Biol., Bd. 101, Nr. 24, S. 967.

Von einem Kranken mit nicht ulzeriertem Lupus wurde B. aviarius isoliert. Dieser zeigte seine charakteristischen Eigenschaften in seinem Polymorphismus, sein

Digitized by Google

ntwicklung bei 42°, der Weichheit und Feuchtigkeit der Kulturen, der ausgesprochenen Virulenz für das Huhn, der deutlichen Virulenz für das Kaninchen und er sehr herabgesetzten für das Meerschweinchen. E. Levin-Berlin.

Rosenak, St.-Budapest: Elephantiasis. Ungar. ärztl. Gesellsch., 1929, Nr. 11 s 12. S, 176.

21jähriger Mann. Im Alter von 15 Jahren trat über die ganze Oberfläche des örpers zerstreut ein Tuberkuloseschautleiden auf; mit 18 Jahren erschien in der chten Knöchelgegend eine schmerzhafte Schwellung, wegen der er operiert wurde. in Jahr später trat am äußeren Knöchel eine Fistel auf, seitdem hohes Fieber; der chte Unterschenkel begann rapid anzuschwellen. Die Hautaffektionen entsprechen ls Lupus vulgaris, teils Lichen serofulosorum, teils Tbc. verrucosa. Die Röntgenufnahme zeigte einen taubeneigroßen Tuberkuloseherd im rechten Kalkaneus. Die lephantiasis wurde in diesem Falle entweder durch die Tuberkulose oder durch rysipel verursacht. M. Kazarowa-T. Pasardschik.

Bommer, S, u. L. Bernhardt-Gießen: Die Ernährungsbehandlung des Lupus ulgaris. (Licht- u. Lupusheilstätte.) D. m. W., 1929. Nr. 31, S. 1298.

Die Ernährungstherapie in Verbindung mit allgemeinen Behandlungsmaßnahmen (Belichtung usw.) ist die wirksamste und beste Behandlung des Lupus vulgaris. ie ersten klinisch feststellbaren Wirkungen der Diät sind Rückgang der Schwelung und Schwinden der venösen Stase. Es bleibt zunächst ein feiner hellroter aum, der um die einzelnen Knötchen angeordnet ist. Er schwindet im Laufe der ächsten Wochen, so daß die einzelnen Knötchen in vollkommen abgeblaßter Haut egen und dadurch vorübergehend deutlicher erscheinen. Dann breiten sie sich cheinbar aus, ihr Rand wird unscharf, nach und nach werden sie aufgesogen und erschwinden spurlos. Die Abheilung der Knötchen vollzieht sich nicht gleichzeitig nd schlagartig an allen Stellen, sondern ganz allmählich. Die zentralen Partien der upusherde werden früher als die peripheren beseitigt. Perioden lebhafter Rückildung werden von solchen scheinbaren Stillständen abgelöst. Die Art der Abeilung ist stets gleich, nur die Zeit, in der sie sich vollzieht, ist verschieden. llgemeine Belichtungen in schwachen Dosen beschleunigen den Heilungsverlauf. er Lupus der Schleimhäute spricht auf die Diätbehandlung mitunter noch besser, indestens aber ebensogut wie der der Haut an. Lokal sind kurze, höchstens Sekunden lange Vereisungen mit Kohlensäureschnee zu empfehlen, die alle Wochen inmal anzuwenden sind. Sie regen den Abbau und die Aufsaugung der Krankheitserde an. Die Gersonsche Diät besteht in kochsalzfreier, fettreicher und kohlehydratarmer Ernährung. Ein 60 kg schwerer Pat. erhält 90 g Eiweiß, 162 g Fett, 22 g Kohlehydrate, täglich 2700—3000 Kalorien. Die Kost soll vitaminreich sein Obst, Salat, gedämpftes Gemüse). Der Eiweißbedarf wird durch Fleisch (600 g ro Woche), Milch, Eier, Käse bestritten. Als Fett wird ungesalzene Butter und ilch verabreicht. Neben dieser Kost erhält der Pat. dreimal täglich 1 Teelöffel lineralogen und zweimal täglich 1½ Eßlöffel Phosphorlebertran.

Syphilis

Allgemeines und Historisches

Beron, B.-Sofia: Die Syphilis im Laufe der Jahrhunderte. Bulgarska Klinika, 928, S. 1.

Die Syphilis ist seit ihrem Auftreten im 15. Jahrhundert bis auf unsere Zeiten llerlei qualitative und quantitative Veränderungen eingegangen. Doch sind diese i den einzelnen Ländern Europas verschieden gewesen. In Bulgarien ist die Syhilis in ihrer Entwicklung zurückgeblieben. Hier ist sie nicht bloß in den Städten erbreitet, sondern auch auf dem Lande in endemischer Verbreitung. In den Städten at sie dieselbe Entwicklung wie die sporadische Syphilis in anderen Ländern mit em Unterschiede, daß die extremen Formen der Syphilis überwiegen. Rezente Erscheinungen finden sich in ⅔ der Fälle. In den letzten 10 Jahren beobachtete man eine Vermehrung der Fälle von interner Syphilis mit Einschluß von Aortenerkrankungen. Desgleichen haben sich nach dem Urteile der Psychiater Tabes und progressive Paralyse nicht weiter vermehrt. In den Dörfern sieht man vorwiegend gummöse Veränderungen der Haut, der Knochen und der Rachenorgane; Primäraffekte eobachtet man nahezu gar nicht, höchstens in 5%, auch die klassischen Erscheinungen hereditärer Syphilis bekommt man nicht zu Gesicht. Auch Metasyphilis

Digitized by Google

findet sich nicht, und wenn dennoch, dann bei Landleuten, die an sporadisch Syphilis gelitten haben. WR und Liquorbefund entspricht dem der sporadisch Syphilis. Angesichts dem Vorherrschen der rezenten Fälle darf man folgern, d die Syphilis in den Städten im Zunehmen ist. M. Kazarowa-T. Pasardschik.

Lapyschew: Zur Charakteristik der Syphilis unter den Buräten. Wratschebnaja Gaseta, 1929. Nr. 8.

Verf. untersuchte 155 burätische Familien, welche 634 Glieder zählten, v denen 528 im Moment der Untersuchung abwesend waren. Unter diesen erwies sich 160 Personen, d. h. 30,3% syphilitisch, wobei die Syphilis in 44% ererbt, 12,6% extragenital, in 6,1% genital erworben war. Bei dem Rest blieb der Infektionsmodus unbekannt. Es handelte sich in 110 Fällen um eine latente Syphilis, 40 um eine aktive Syphilis und in 10 um Syphilisverdacht. Bei der aktiven Syphi überwogen die tertiären Erscheinungen. Unter den syphilisverdächtigen Fällen b fanden sich drei mit anscheinend viszeraler Lues. A. Jordan-Moskau.

Pathologie und Klinik

Mariantschik, L. P.-Kiew: Gumma penis et scroti. Zbl. f. Chir., 1929, Nr. 1 S. 1171.

Pat. kam mit der Klage, sein Glied sei immer kleiner geworden und zul ganz verschwunden; das Urinieren war nur unter Beschwerden in dünnem Str möglich. Aus der Vorgeschichte war eine früher überstandene Lues von Bedeutu die sich außer am Stamm auch auf dem Skrotum in geschwürigen Prozessen au gebreitet hatte. Bei der Untersuchung fiel das Fehlen des Penis auf, am Skrotu vorn eine stecknadelkopfgroße Öffnung, aus der die Harnentleerung in feinem Str erfolgte. Außer dem wenig vergrößerten Hoden und Nebenhoden ließ sich im Hode sack noch ein derber, unregelmäßiger, zylindrischer Körper durchtasten. Von fac ärztlicher Seite wurde vermutet, daß durch einen gummösen Prozeß eine Zerstörun der Schwellkörper und eine Selbstamputation des Gliedes eingetreten sei; bei d Röntgenaufnahme nach Einführung von Kontrastmasse in die feine Skrotalöffnu ergab sich aber das Vorhandensein einer längeren Harnröhre und einer stark e weiterten Tasche hinter der Öffnung, die als Präputialsack gedeutet wurde. Bei d Operation fand sich in der Tat eine atrophische, zum Teil mit der Umgebung ve wachsene Glans, an die sich die stark atrophierten und bis zur Peniswurzel v Haut entblößten Corpora cavernosa anschlossen. Nach Lösung der Adhäsionen u Einführung eines Metallkatheters wurde der Hautdefekt plastisch gedeckt. Nach d Heilung betrug die Länge des neu mit Haut versehenen Penis 4 cm; das Wasserlass war ungehindert möglich. Durch die eingetretene Deformierung aber war ei erneute Funktionstüchtigkeit zum Geschlechtsverkehr auszuschließen.

Sprafke-Chemnitz.

Tagesgeschichtliche Nachrichten

Prof. Richard Frühwald, leitender Arzt der dermatologischen Abteilung a Krankenhaus in Chemnitz, erhielt die Bezeichnung Abteilungsdirektor.

Habilitiert: Dr. Walter Freudenthal und Dr. R. L. Mayer in Berlin.

R.

Berichtigung. In der Arbeit Frühwald: „Urethrographie bei Gonorrhoe", Nr. 4, sind die Legenden von Abb. 5 und Abb. 6 verwechselt.

Nachdruck (auch des Abschnittes „Tagesg. Nachr.") ist ohne Genehmigung des Verlege nicht erlaubt

Verantwortlich für die Redaktion: für Originalabhandlungen und T. N.: Prof. Dr. J. H. Rille Leipzig, Johannisplatz 1. Für den Referatenteil: Dr. Fritz Callomon, Dessau

Digitized by Google

Dermatologische Wochenschrift

r. 8 (Bd. 90) 22. Februar 1930

Neuere Erkenntnisse über das Wesen der Psoriasis

Von

Prof. Dr. F. Šamberger in Prag

Mit 2 Abbildungen im Text

Als ich meine ersten Arbeiten über die Psoriasis veröffentlichte, kistierten über das Wesen dieser Krankheit zwei entgegengesetzte Anchten. Die eine, daß man mit der Zeit doch nur einen spezifischen ikroben der Psoriasis finden werde, so wie man erst nach langem, ngem Forschen die spezifische Spirochäte für die Syphilis gefunden hat. nd die zweite, daß die Spezifität des klinischen Bildes der Psoriasis nicht rch irgend einen spezifischen Mikroben bedingt wird, sondern durch ne spezifische Diathese der erkrankten Person. Eine Diathese, für die aber keine nähere Erklärung gab. Köbner z. B. sprach sich über eselbe in dem Sinne aus, daß es zu Psoriasis disponierte Menschen gebe, ren Haut infolge dieser Disposition auf Reize der verschiedensten Art it der Entwicklung typischer psoriatischer Effloreszenzen antwortet. arcuse vermutet hier „eine Minderwertigkeit der Haut".

Mir ist es gelungen, durch das Studium von Psoriatikern während s Krieges im Zentral-Militär-Spital für Hautkrankheiten die bis dahin cht beobachtete klinische Tatsache zu konstatieren, daß die Psoriatiker, ibst wenn sie schwere Arbeiten mit den Händen verrichten müssen, r ausnahmsweise Schwielen an den Handflächen bekommen. Ich konnte ch die alte, in Vergessenheit geratene klinische Beobachtung bestätigen, ß an der Haut der Psoriatiker fast nie eine pyodermische Erscheinung rkommt, selbst wenn sie in einer von Schmutz, Staub und Unreinlichit strotzenden Umgebung leben. Und daß man unter ihnen schwerlich nen mit Krätze behafteten Patienten findet, selbst wenn an der Möglichit zur Infektion mit dieser Affektion keine Not herrscht. Auf Grund eser klinischen Tatsachen und der bis dahin über die Psoriasis erienenen Publikationen gelangte ich zu dem Schlusse, daß diejenigen cht haben, die das Wesen der Psoriasis in einer eigentümlichen Diaese oder Disposition der erkrankten Menschen suchen, und keineswegs ejenigen, die auf einem spezifischen, bis jetzt vergebens gesuchten Miben beharren. Ich konnte ferner in diesem wissenschaftlichen Streit nen wichtigen Schritt nach vorn tun, und zwar dadurch, daß es mir lang, dem bisher leeren Begriff der Diathese oder Disposition einen Inhalt geben, daß es mir gelang, das Wesen der psoriatischen Diathese zu leuchten und die Wurzel der Disposition zur Psoriasis aufzudecken. h behauptete, daß sich die Haut der Psoriatiker von der Haut der

Digitized by Google

Durchschnittsmenschen, also der normalen Menschen, dadurch un scheidet, daß ihre zur Verhornung bestimmten Epidermiszellen von ringerer Vitalität sind, daß diese geschwächte Vitalität die Ursache ei ungenügenden Verhornung dieser Zellen ist, daß die mit einem solc Fehler behaftete Haut zwar den einfachen Ansprüchen des täglichen Leb genügt, daß sie aber versagt, sobald man an sie, speziell an ihre Epiderı zellen, nur halbwegs größere Anforderungen stellt, und daß sie daher n imstande ist, an den Handflächen Schwielen hervorzubringen, und die Zellen ihrer Hornschicht weder über mikroskopischen Epidermı abszessen, noch Krätzmilbengängen im Zusammenhang bleiben, sonc sich auffasern und dadurch die Entstehung einer makroskopischen Pu und eines Milbenganges schon im Keime unmöglich machen und daher bei so beschaffenen Menschen ein jeder die Haut treffender I zündungsreiz gleich in seinen ersten Anfängen histologisch mit dem B einer hochgradigen entzündlichen Parakeratose und klinisch mit re licher Schuppenbildung über den entzündlichen Effloreszenzen, also der Entwicklung typischer Psoriasiseffloreszenzen einhergeht.

Ich habe also gezeigt, daß die psoriatische Diathese in ei geschwächten Vitalität der zur Verhornung bestimmten Epidermı zellen der Haut beruht. Da sich nun aus diesem Mangel auch Entstehung der frühzeitigen, für Psoriasis typischen hochgradigen (zündlichen Parakeratose erklären läßt, fügte ich hinzu, daß die psoriatis Diathese in einer parakeratotischen Diathese beruht. Dadurch wollte meine Lehre von der abgeschwächten Vitalität der Epidermiszellen Psoriatikern anschaulicher, verständlicher machen. Indessen hat die Zusatz, wie ich aus der Monographie VAN KERCKHOFFS[1]) ersehe, d Anlaß gegeben, daß der eigentliche Kern meiner Theorie mißverstan wurde.

Siehe, was VAN KERCKHOFF auf Seite 8 seiner Monographie meiner Theorie sagt. Ich zitiere wörtlich: „Die jüngste Theorie, wel mit der KÖBNERschen in gewisser Hinsicht eine Analogie hat, ist ŠAMBERGER verkündet." Er meint, daß eine „parakeratotische Diathe die Ursache des Leidens sei, durch diese Diathese würde die Haut insbesondere bei Anwesenheit von ubiquitär vorkommenden Mikroorga men — reagieren mit Hyperkeratose, und zwar kraft der bestehen „psoriatischen Diathese", welche er nennt „eine Dyskrasie der zur K tinisation bestimmten Zellen". — Dem konnte dann VAN KERCKHOFF w seine folgende Bemerkung hinzufügen: „Man sieht: die Definition läßt Deutlichkeit alles zu wünschen übrig."

Man könnte glauben, daß ich meine Theorie in meinen Arbei wirklich so konfus geschildert habe. Aber ich habe einen über je Zweifel erhabenen Zeugen dafür, daß man aus meinen Arbeiten über me Theorie ganz anders referieren kann, als dies VAN KERCKHOFF getan Daß also an jener „Undeutlichkeit" meiner Definition nicht ich sch bin, sondern VAN KERCKHOFF selbst.

Siehe, wie DARIER in der letzten Auflage seines Lehrbuches (Pr de dermatologie 1923) meine Theorie schildert. Ich zitiere wörtli

[1]) VAN KERCKHOFF: Beiträge zur Kenntnis der Psoriasis vulgaris, 1929.

Digitized by Google

a doctrine de Šamberger de Prague (1918—1921), mérite, à cet égard, ıe mention spéciale en ce quelle pourrait concilier les diverses théories ıises et qu'elle jette un jour sur la pathogénie du psoriasis. Cherchent ı quoi la peau des psoriatiques diffère de la normale, il a constaté que, oins que d'autres même quand ils sont manouvriers, ils font de l'hyper- ratose palmaire et des callosités; que les pyodermites sont, chez eux, ceptinelles et qu'il n'a jamais vu de gale chez un psoriasique. Il at- ibue ces particuliarités à l'existance vraisemblable d'une aptitude réac- ıelle spéciale et préalable de leur épiderme; celui ci réagit par de la ıakératose à tous les irritants (traumatismes, infections microbiennes, tions toxiques externes ou internes, — psoriasis provoqué) en vertu ıne diminution de la vitalité des cellules malpighiennes qui mériterait nom de „diathese parakératosique". Les causes habituelles de dermite ı donnet donc lieu, plus ou moins chez eux, qu'a des micro-abcès, micro- ens ou non, lesquells sont éliminés par la parakératose sans pouvoir se llecter en pustules macroscopiques. Quant à la cause de cette prédis- ısition à la parakératose, elle pourrait être, selon les cas, innée et fa- iliale ou acquise par l'effet d'infections diverses ou de troubles de la ıtrition et reposerait sur un vice de fonctionnement des glandes endo- ines. Considérant que, chez l'homme, c'est l'hormone du thymus qui ıait surtout influer sur la vitalité de la peau, il a été conduit à traiter psoriasis, avec grand avantage par des préparations de thymus en tab- ttes, ou surtout en injections. La doctrine de Šamberger a trouvé une ınfirmation remarquable dans les observations de Brock (1920) à la inique de Klingmüller, qui a vu le psoriasis être aggravé par des adiations fortes de rayon X sur la région du thymus, être amelioré et ıéri au contraire par des irradiations faibles à dose excitante. Un avenir ochain jugera de la valeur de cette doctrine."

Die mit van Kerckhoff gemachte Erfahrung lehrte mich, daß es inftighin besser sein wird, wenn ich mich in meinen Arbeiten an den rsprünglichen Begriff der geschwächten Vitalität halten und die „para- eratotische Diathese" aus der Erklärung meiner Theorie gänzlich streichen erde. — Ich weiß wohl, daß das Wort „Vitalität" in den medizinischen chriften als ein durch keine physikalische Methode definierbares und eßbares Abstraktum, also ein wenig wissenschaftlicher Begriff, immer ch ungern gesehen und gehört wird. Und doch ist dem nicht so. ie Vitalität ist definierbar und meßbar. Zu ihrer Definition gelangen ir über folgende Erwägung: alles Lebende ist von dem Trieb beherrscht, ch am Leben zu erhalten. Zu diesem Behufe muß jede lebende Sub- anz eine bestimmte Arbeit und ein bestimmtes Maß dieser Arbeit isten. Diese Fähigkeit der lebenden Substanz, sich am Leben zu erhalten, spektive zu diesem Behufe ein bestimmtes Maß einer bestimmten Arbeit ı verrichten, bezeichne ich als Vitalität. Die Qualität und Quantität eser zweckmäßigen Arbeit kann uns nun als Kriterium, als Maßstab der italität dienen. Man sieht also, daß die Vitalität, wenn man sie in dieser eise auffaßt, kein abstrakter, undefinierbarer, unmeßbarer und daher enig wissenschaftlicher Begriff ist. Ihre Konstatierung hat für den Kli- ker denselben Wert, wie jede andere Untersuchungsmethode. Ja, für as Verständnis des ganzen Krankheitsbildes ist sie manchmal von un-

Digitized by Google

gleich größerer Bedeutung als die physikalischen und chemischen Methoden, weil sie uns die Möglichkeit bietet, das Leben von einem höheren und weiteren Gesichtspunkt zu betrachten. Freilich muß man sich dessen bewußt sein, daß die Zelle der einzelligen Lebewesen diese gesamte Arbeit ganz allein besorgt. Ganz allein sucht und verarbeitet sie ihre Nahrung und ganz allein schützt sie sich vor Schädlichkeiten und Schädigern. Bei den mehrzelligen Lebewesen ist diese Arbeit geteilt. Einen Teil derselben leistet auch hier jede einzelne Zelle für sich selbst, aber einen anderen Teil der Arbeit leisten die Zellen nicht mehr ausschließlich und direkt in ihrem eigenen Interesse, sondern vor allem im Interesse des Ganzen und dadurch in zweiter Linie natürlich auch für sich, weil ja jede Einzelzelle eines solchen Komplexes mit dem Ganzen lebt und stirbt. Der für die Beurteilung der Vitalität am besten geeignete und am leichtesten erkennbare Maßstab ist jener Teil der Arbeit, den die Zellen im Interesse des Ganzen vollbringen.

Wir wollen nun das Gesagte auf die Epidermiszellen der Haut applizieren. Auch diese haben das Bestreben, sich am Leben zu erhalten. Dieses Bestreben zwingt sie zur Verrichtung von Arbeiten verschiedener Art. Da sie Glieder eines vielzelligen Organismus sind, ist diese ihnen durch den Selbsterhaltungstrieb diktierte Arbeit geteilt in eine solche, die ihnen selbst zugute kommt (Aufnahme und Verarbeitung der Nahrung mit Einschluß des Sauerstoffs), und in eine solche, die sie für das Ganze leisten. Dieser zweite Teil ihrer Arbeit läßt sich auf die Formel bringen „Schutz des Ganzen vor Schädigungen jeder Art." In diesem Sinne fallen ihnen folgende Funktionen zu: 1. Verhornung, 2. Pigmentbildung, 3. Kohärenz, 4. Produktion von Antikörpern.

Und nun zu meiner Erklärung des Wesens der Psoriasis. Ich sagte bereits, daß ich bemüht war, in einer Reihe von Arbeiten den Beweis zu erbringen, daß das Wesen der Psoriasis darin beruht, daß die Psoriatiker eine andere Haut haben als die Durchschnittsmenschen, und daß diese Anomalie in einer geschwächten Vitalität der zur Verhornung bestimmten Epidermiszellen der Haut beruht. Ihre zur Verhornung bestimmten Epidermiszellen sind nicht imstande, ihre vitale Funktion, i. e. die Verhornung so zu besorgen, wie dieselben Zellen der Durchschnittsmenschen, i. e. der normalen Menschen. Sie vermögen zwar diese ihre Funktion unter normalen Verhältnissen zu besorgen, aber sie hören auf, dieselbe richtig zu besorgen, sobald sie sich unter außerordentlichen Verhältnissen befinden. Außerordentliche Verhältnisse bringen auch diese ihre Funktion leicht zum Stillstand. Sie verhornen dann nicht so, wie es notwendig wäre und daher kann es dann zu den oben erwähnten Folgen kommen, nämlich einerseits zur Unmöglichkeit der Entstehung einer Pustel, eines Krätzmilbenganges, einer Schwiele, andererseits auch zur Entstehung typischer psoriatischer Effloreszenzen nach den mannigfaltigsten artifiziellen und mikrobiellen Schädlichkeiten.

In meinen ersten Arbeiten beschäftigte ich mich einzig und allein mit dieser vitalen Funktion der Epidermiszellen. Genügt doch eine Störung derselben allein vollkommen zur Erklärung des typischen Aussehens der psoriatischen Effloreszenzen. Und um diese handelte es sich hier, wie ich anfangs gesagt habe.

Digitized by Google

In meinen späteren Arbeiten beschäftigte ich mich auch mit den törungen der zweiten vitalen Funktion der Epidermiszellen der Haut, e. der pigmentbildenden Funktion. Ich war bemüht, das Leucoderma soriaticorum durch eine analoge Anomalie der Epidermiszellen zu erären, nämlich durch eine verminderte Vitalität der zur Pigmentbildung estimmten Zellen. Da aber bekanntlich das Leukoderma kein regelmäßiges ymptom der Psoriasis ist, da es sich nur bei manchen Psoriatikern bilet, nahm ich an, daß nur manche Psoriatiker auch eine geschwächte unktion ihrer pigmentbildenden Epidermiszellen besitzen und daß also ie geschwächte Vitalität der pigmentbildenden Zellen keine konstante igenschaft der Haut der Psoriatiker darstellt, und daß nur die abgeschwächte eratinisierende Funktion eine konstante Eigenschaft ihrer Haut bildet. ach den histologischen Befunden van Kerckhoffs muß man aber anehmen, daß auch die abgeschwächte pigmentbildende Funktion eine onstante Eigenschaft der Epidermiszellen der Psoriatiker ist. Behauptet och van Kerckhoff, daß die „Abwesenheit von Pigment eine essentielle igenschaft der psoriatischen Papel ist". Demnach wird im Bereich iner jeden psoriatischen Papel eine Abschwächung der Vitalität er Epidermiszellen sowohl in ihrer keratinisierenden, als auch n ihrer pigmentbildenden Funktion offenkundig.

Die fundamentale Eigenschaft der Psoriatikerhaut, die abgeschwächte italität ihrer Epidermiszellen, muß aber nicht auf der ganzen Körperberfläche und auch nicht in einem jeden Falle von Psoriasis in gleicher ntensität entwickelt sein. Daher kann es geschehen, daß sich diese Zellen as eine Mal rasch, das andere Mal aber nur langsam von der Schädigung hrer Funktion erholen; und daher kommt es manchmal früher, manchmal päter zur Regeneration der keratinisierenden Funktion und infolgedessen ald zu einer raschen, bald nur zu einer langsamen und schwierigen pidermisierung der Oberfläche der psoriatischen Effloreszenzen. Aus emselben Grunde kommt es manchmal zu einer raschen Regeneration er pigmentbildenden Funktion und Heilung der psoriatischen Effloresenzen ohne Leukoderma, manchmal aber zu einer langsamen Regeneration nd Entstehung eines Leukoderma, das die psoriatische Effloreszenz eine ängere oder kürzere Zeit überdauert, je nach dem Grade, in welchem ie pigmentbildende Funktion in ihrer Vitalität abgeschwächt war.

Mit der keratinisierenden und pigmentbildenden Funktion ist aber ie vitale Tätigkeit der Epidermiszellen der Haut nicht erschöpft. Soll ie Epidermis ihre Funktion zur Erhaltung der Gesundheit des Ganzen, es ganzen Organismus, ordentlich besorgen, müssen die Epidermiszellen o innig miteinander verbunden sein, daß sich ihr Zusammenhang nicht o ohne weiteres mechanisch lockern läßt, da sie sonst das Ganze vor ventuellen äußeren Traumen schlecht schützen würden.

Wie verhält sich diesbezüglich die Epidermis bei Psoriasis? Unna agt darüber: „Die Eigentümlichkeit der Haut der Psoriatiker (im Gegensatz zur Haut Ekzematöser) besteht darin, daß es sich einerseits um einen chwachen Gefäßtonus handelt, welcher bei lähmenden Einflüssen die Kapillaren der Haut leicht unter hohen Druck kommen läßt, andererseits aber um eine feste, dem Andrange serösen Exsudats gut widerstehende Oberhaut."

Digitized by Google

Wäre diese Behauptung Unnas richtig, dann würden sich die E dermiszellen bezüglich ihrer dritten Funktion, i. e. der Kohärenz, bei Psoriasis diametral anders verhalten als bezüglich der beiden ersten Fu tionen, i. e. der keratinisierenden und der pigmentbildenden Funkt Bezüglich der Kohärenz müßte, wenn Unna recht hätte, ihre Vital gesteigert sein.

Unna, der klinische Meister, hat ganz richtig erkannt, daß es in Haut der Psoriatiker nicht zu jenen klinischen Erscheinungen kom die sich aus dem Andrang serösen Exsudats ergeben. Daraus zog er Schluß, daß diese Erscheinung durch eine übermäßige Kohärenz der E dermiszellen bedingt sei, ohne sich die Frage vorzulegen, ob die Ursa dieser ganz richtig beobachteten Erscheinung nicht ganz anderswo lie könnte. Wenn es aber richtig sein sollte, daß eine größere Kohär der Epidermiszellen bei Psoriatikern die Ursache dafür ist, daß hier Andrang serösen Exsudats zwischen die Epidermiszellen klinisch nicht Geltung kommen kann, müßte man erstens in der Epidermis der pso tischen Effloreszenzen irgend welche Spuren dieses gewaltsam zurü gedrängten Exsudatstroms wenigstens in Form mikroskopischer Spalt- u Höhlenbildungen zwischen den Epidermiszellen finden, etwa solche, man sie z. B. in den Effloreszenzen bei Lichen ruber planus findet, es sich tatsächlich um eine größere Kohärenz der Epidermiszellen hand die die Entstehung klinischer, das ist makroskopischer, Blasen verhind Etwas Derartiges läßt sich bei der Psoriasis niemals konstatieren. Zweit müßte man an den psoriatischen Effloreszenzen selbst, deren Hornschi zerfasert ist und dem in die Epidermis einströmenden Exsudat kein Widerstand zu leisten vermag, notwendigerweise die klinischen Sympto dieses Zustroms sehen, also z. B. ein Nässen. Wir sehen aber das rade Gegenteil: eine auffallende Trockenheit derselben.

Die Erklärung Unnas kann man demnach kaum akzeptieren, zu wenn diese Erklärung nicht die einzig mögliche ist. Kann doch je Mangel an Symptomen, die das Einströmen des serösen Exsudats beglei müßten, nur der Ausdruck einer ungenügenden Produktion dieses Ex dates in der Haut sein.

Die Quelle des Exsudats sind die Blutkapillaren. Folglich könnte Fehler hier seinen Grund haben. Wir müssen uns vor allem klar s über die Funktion der Blutkapillaren der Haut. Sie ist eine mehrfac Die Blutkapillaren dienen der Blutzirkulation, der Hautatmung und Sekretion der Lymphe, das ist jener Flüssigkeit, die den Gewebszel alles, was sie zu ihrer Existenz brauchen, aus dem Blut zuführt, und sodann durch die Lymphspalten und Lymphgefäße aus den Geweben fließt und sich schließlich wieder dorthin ergießt, von wo sie ihren A gang genommen hat, i. e. in den Blutkreislauf. Von der Lymphe, die biologisch aktiven Flüssigkeit, die zur Ernährung der Gewebe dient u daher auch die Ursache einer Überernährung der Gewebe zu sein pfle ist das sogenannte Transsudat streng zu unterscheiden. Dieses unt scheidet sich, wie ich gezeigt habe, von der Lymphe sowohl durch Art seiner Entstehung, als auch biologisch und physikalisch. Währe die Lymphe durch eine aktive sekretorische Tätigkeit der Endothel gesunder Blutkapillaren produziert wird, entsteht das Transsudat dur

Digitized by Google

len passiven Durchtritt der Blutflüssigkeit durch die in ihrer Vitalität rgendwie geschädigten Wände der Blutkapillaren. Das Transsudat führt ıie zur Überernährung der von ihm durchtränkten Gewebe. Eher zum ?egenteil. Es gibt auch andere Farben- und Koagulationsreaktionen. ,eider halten bis jetzt weder die Physiologen, noch die Kliniker diese eiden Flüssigkeiten auseinander, von denen die erste eine regelmäßige, ormale und notwendige Erscheinung in den Geweben ist, die andere ber eine zufällige, exzeptionelle und pathologische.

Unna legt ein besonderes Gewicht auf den Umstand, daß es in der laut der Psoriatiker nicht zu den klinischen Erscheinungen des Exsudatuflusses zur Epidermis kommt, wie man dies beim Ekzem zu sehen gewöhnt ist. Die Exsudatflüssigkeit entsteht beim Ekzem durch Hypersekreion von Lymphe. In den psoriatischen Effloreszenzen versagt also die ymphosekretorische Funktion der Blutkapillaren.

Aus den Arbeiten Unnas wissen wir, daß es eine charakteristische Eigenschaft der Psoriatikerhaut ist, daß die Blutkapillaren der Haut in hrer bluttreibenden Funktion leicht erlahmen. Durch unsere Erwägung gelangen wir zu dem Schluß, daß sich die Sache ebenso verhält bei ihrer ymphbildenden Funktion.

Man sieht also, daß derselbe Mangel, den man bei der Psoriasis im Bereich der Epidermis findet, auch an den Blutkapillaren zu konstatieren st. Auch sie sind bei Psoriatikern von abgeschwächter Vitalität und laher versagt ihre Tätigkeit leicht, sowohl in ihrer Funktion bei der Blutbewegung als auch in ihrer lymphosekretorischen Funktion.

Ich rekapituliere: Die Haut der Psoriatiker ist von der Haut normaler Menschen verschieden. Vor allem haben ihre Epidermiszellen eine schwache Vitalität. Sie ermatten daher leicht bei der Erfüllung der ihnen obliegenden Funktionen, sobald größere Anforderungen an sie gestellt werden als der Alltag von ihnen verlangt. Also vor allem bei der Entzündung. Infolge Ermattung ihrer keratinisierenden Funktion kommt es zu ihrer ungenügenden Verhornung, was sich makroskopisch durch reichliche Schuppenbildung und mikroskopisch durch hochgradige Parakeratose äußert. Infolge Ermattung ihrer pigmentbildenden Tätigkeit kommt es zur Sistierung der Hautpigmentbildung für eine längere oder kürzere Zeit. Eine Verminderung der Kohärenz unterstützt die übermäßige Schuppenbildung und ermöglicht sogar epidermolytische Erscheinungen[1]). Was Wunder, daß van Kerckhoff eine Ermattung auch in der fundamentalen Äußerung der Vitalität einer jeden lebenden Zelle nachweisen konnte — in der Respiration, i. e. Oxydation.

Parl[2]) bemängelt an meiner Erklärung der geschwächten Vitalität der Epidermiszellen des Psoriatikers die Tatsache, daß man im histologischen Bild der Papeln der Psoriatiker nebeneinander sowohl Akanthose, als auch Parakeratose findet, und er kommentiert diese Tatsache, wie folgt: „Es bleibt noch übrig, sich mit der Annahme der Vitalitätsschwä-

[1]) Šamberger, Précis de séméiologie des Maladies de la peau, 1925, S. 91. — [2]) Parl, Hyperkeratosen und Pyodermien bei Psoriasis vulg. Derm. W., 1929.

Digitized by Google

chung der Epithelzellen auseinander zu setzen. Dieser Begriff erscheint nicht ausreichend begründet. Dessen Hauptwesen wird in der mangelhaften Keratinisation mit ihren Folgeerscheinungen erblickt. Fest steht dabei, daß ein Mangel vorliegt, daß die Epithelzelle im psoriatischen Herd ihre Funktion nicht bis zur Vollendung, zur völligen Verhornung, zur Bildung der Hornschicht, der obersten Deckschicht des Integumentum corporis durchführt. Es ist aber noch ein anderes Bild im mikroskopischen Präparat vorherrschend, nämlich die Akanthose. Diese deutet eher auf eine gesteigerte Vitalität der Epithelzellen hin. Die Dysfunktion ist die unvollkommene Verhornung, die Parakeratose.

So würden einerseits eine gesteigerte Funktionsfähigkeit der Epidermis und eine gehemmte Entwicklungsfähigkeit derselben, anderseits — die erstere in der Akanthose, die letztere in der Parakeratose finden — zwei Faktoren sein, welche den äußeren Ausdruck des pathologischen Geschehens bei der Psoriasis bilden, dessen inneres Wesen jedoch dadurch keine Erklärung erfährt."

Soweit Pabl. Dieser Einwand Pabls ist gewiß ein sehr schwerwiegender, und wir müssen uns daher mit demselben näher befassen. Die Akanthose bei Entzündung ist als eine Reaktion der Malpighischen Epidermiszellen auf einen entzündlichen Reiz aufzufassen, wie er im Korium z. B. durch Hyperämie, Exsudation und Bildung eines entzündlichen Infiltrats dargestellt wird. Organismus wehrt sich gegen die Schädlichkeit durch Bildung junger, i. e. lebensfähigerer Zellen. Daher kann man aus der bloßen Existenz der sichtbaren Zeichen dieses Abwehrbestrebens durchaus keinen Schluß ziehen auf die aprioristische Vitalität der betreffenden Epidermiszellen. Wenn er angefallen wird, wehrt sich der Starke und der Schwache. Aus der bloßen Tatsache, daß sich jemand wehrt, kann auf den Grad seiner aprioristischen Kraft und Tüchtigkeit nicht geschlossen werden, wohl aber ganz sicher aus der Art und Weise seiner Abwehr. Wenn also die Akanthose eine regelmäßige Erscheinung in der psoriatischen Effloreszenz darstellt, sagt uns die bloße Konstatierung dieses Faktums nichts über die aprioristische Vitalität der hinzugehörigen Epidermiszellen. Dafür können wir uns aber über die aprioristische Vitalität dieser Zellen sehr gut informieren, wenn wir darauf achten, was für eine Akanthose, welchen Grad von Akanthose sie hervorzurufen vermögen. Und da genügt ein Vergleich des histologischen Bildes der psoriatischen Papel mit dem histologischen Bilde einer Papel des Lichen ruber planus. Beachten wir an denselben, was für eine Akanthose die Malpighischen Epidermiszellen beim Lichenike und beim Psoriatiker erzeugen können. Wie armselig ist die Akanthose beim Psoriatiker im Vergleich mit jener des Lichenikers! Bei Psoriasis bringen es die Malpighischen Zellen nur zu einer sehr mäßigen Verstärkung und Verlängerung der interpapillären Zapfen. Über den Papillen vermögen sie nicht mehr als eine ganz dünne Schicht zu produzieren, die eben noch genügt, um die Gipfel der Papillen zu bedecken. Wie mächtig ist dagegen die Akanthose in der Papel des Lichenikers!

Wenn mir also Pabl einwendet, daß man aus der Akanthose auf die Vitalität der Epidermiszellen schließen könne, bin ich ihm für seinen Gedanken äußerst dankbar, denn er bietet mir eine neue Möglichkeit

Digitized by Google

um Beweise meiner Theorie, daß die Epidermiszellen des Psoriatikers ine geschwächte Vitalität besitzen und daß sich diese Schwäche in allen iren Funktionen äußert: in der Keratinisation, Pigmentbildung, Kohärenz nd auch Akanthosebildung.

Die anomale Beschaffenheit der Haut der Psoriatiker egenüber der Haut normaler Menschen ist aber auf die Epiermis nicht beschränkt, sondern macht sich in gleicher Weise uch bei den Blutkapillaren geltend. Auch diese sind beim

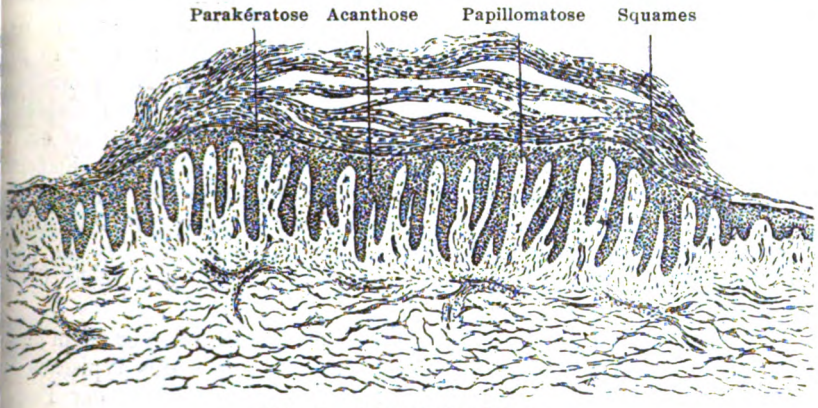


Abb. 1. Psoriatische Papel
(Aus dem Darierschen Lehrbuch: Précis de dermatologie, 1923)

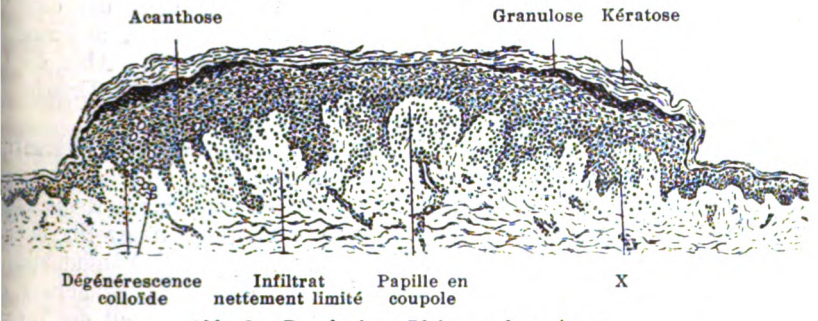


Abb. 2. Papel eines Lichen ruber planus
(Aus dem Darierschen Lehrbuch: Précis de dermatologie, 1923)

soriatiker von schwächerer Vitalität, als beim normalen Menhen. Daher ermatten auch sie sehr leicht bei Erfüllung ihrer nktion. Und wiederum speziell bei der Entzündung. Daher rfallen sie im Bereich entzündlicher Veränderungen der Haut dauernde Dilatation und leiten das Blut schlecht; sehr leicht lahmen sie vollkommen und geben so Veranlassung zur postoriatischen exfoliativen Dermatitis. Daher ermatten sie auch i der Lymphproduktion und verschulden auf diese Weise nen ungenügenden Zufluß serösen Exsudates zur Epidermis nd Trockenheit der entzündlichen Hautprozesse.

Digitized by Google

Es entsteht nun die Frage, ob man die geschwächte Vitalität die daraus resultierenden Störungen der Funktionen der Blutkapill als die Ursache aller konstatierten Veränderungen in der Epidermis infolgedessen auch als die Ursache der Psoriasis auffassen kann, ob nicht die Läsion der Kapillaren nur ein den epidermalen Störu analoges Symptom der Psoriasis darstellt.

A priori wäre gewiß die Vermutung naheliegend, daß die schl fungierenden Blutkapillaren auch die Ernährung der Gewebe schlecht sorgen, und daß die schlecht ernährten Gewebe dann von geschwäc Vitalität und daher auch von verminderter Funktion sein müßten. W dem aber bei Psoriasis so wäre, könnte es hier niemals zu einer so p lichen Äußerung der gestörten Keratinisation kommen. Die psoriatis Effloreszenzen könnten sich nicht sofort, gleich bei ihrer Entstel schuppen. Diese augenblickliche Störung der Verhornung ist ein trügliches Zeichen dafür, daß die verminderte Vitalität der Epider zellen nicht abhängig ist von der gestörten Funktion der Blutkapill Sie ist ein untrügliches Zeichen dafür, daß beide Störungen nebeneina verlaufen. Daß sie also beide irgend eine gemeinsame Ursache ha Und daß diese Ursache dann auch die wahre und eigentliche Urs der Psoriasis ist.

Was wissen wir über die Ursachen der Psoriasis? Vor allem mü wir uns darüber ganz klar sein, daß man die Ursache des typischen sehens der psoriatischen Effloreszenzen von der Ursache der Psor scharf trennen muß. Die Ursache des typischen Aussehens der ps tischen Effloreszenzen habe ich in meinen früheren Arbeiten und in der vorliegenden Arbeit klargelegt. Wir haben erkannt, daß diese sache in der abgeschwächten Vitalität der Psoriatikerhaut, und zwar wohl der Epidermis als auch der Blutkapillaren beruht. Aber die sache dieser abgeschwächten Vitalität, also die eigentliche Ursache Psoriasis, muß erst gesucht werden.

Seit jeher wird gelehrt, daß die Psoriasis eine familiäre Erkrank ist, daß sie in manchen Familien von Geschlecht zu Geschlecht ver wird. Aber daneben wird auch gelehrt, daß es eine ganze Reihe ab rierter Zustände gibt, die zur Entstehung der Psoriasis unstreitig in e bestimmten Beziehung stehen, z. B. Tuberkulose, Syphilis, Autointoxik infolge Verdauungsstörungen, Gicht, Diabetes, einseitige Ernährung Fleisch, Sekretionsstörungen der endokrinen Drüsen (speziell des Thy und der Geschlechtsdrüsen). Die Ärzte in den Tropen betonen das fallend seltene Vorkommen der Psoriasis bei den Einheimischen und ausgezeichneten Einfluß des tropischen Klimas auf die Psoriasis Europäer. Nur muß daselbst, wie VAN KERCKHOFF bemerkt, der Ps tiker einen solchen Beruf wählen, der es ihm gestattet, sich mögli viel in freier Luft aufzuhalten. Verbringt er den ganzen Tag sit in der Kanzlei, kann er auch dort ein Rezidiv seiner Psoriasis bekom

Wenn wir alle obenerwähnten akquirierten Momente erwägen, s wir, daß man von jedem derselben behaupten kann, daß er schwäc auf den Organismus einwirkt. Entweder auf die Vitalität des gesa Organismus und dadurch begreiflicherweise auch auf die Haut als e integrierenden Bestandteil derselben, oder auf die Vitalität der Haut a

Digitized by Google

innersekretorische Thymusstörungen). Aber von keinem derselben kann an behaupten, daß er für sich allein Psoriasis hervorrufen, d. h. die Vitalität der Haut so sehr schwächen kann, daß dann irgend welche zufällige Reizung auf dieser psoriatische Effloreszenzen, eventuell sogar Psoriasis erzeugen könnte. Nur selten einmal erkrankt ein Tuberkulöser, ein Syphilitiker, ein Gichtiker, ein Diabetiker usw. an Psoriasis. Außer den diesen akquirierten pathologischen Zuständen müßte, wenn sie irgend einmal Psoriasis hervorriefen, schon a priori noch etwas Spezielles in dem betreffenden Kranken selbst vorhanden sein. Und dieses Etwas kann nichts anderes sein als eine schon a priori geschwächte Vitalität des Hautgewebes, denn nur zu dieser können alle genannten pathologischen Zustände ihre gemeinsame Affinität in der Fähigkeit besitzen, entweder den ganzen Organismus und dadurch auch die Haut, oder nur die Haut allein zu schwächen.

Und so gelangen wir denn zu dem zwingenden Schluß, daß eine schon a priori kongenital geschwächte Vitalität der Haut die unumgänglich notwendige Voraussetzung einer jeden Psoriasis ist. Daher ist dieser kongenitale (gewöhnlich hereditäre) biologische Defekt der Haut die wahre Ursache der Psoriasis. Ohne diesen angeborenen Defekt kann eine Psoriasis nicht entstehen. Die Ursache der Psoriasis beruht also in einer (meist durch Heredität bedingten) Entwicklungsstörung.

Dieser angeborene biologische Defekt der Haut, diese angeborene Schwäche des Hautgewebes, muß aber nicht immer in gleichem Grade vorhanden sein. Einmal kann sie so bedeutend sein, daß sie für sich allein genügt, um sich durch psoriatische Effloreszenzen zu dokumentieren, ein andermal wiederum so gering, daß sie noch irgend einer Ergänzung bedarf, durch die sie so verstärkt wird, daß sie sich dann durch psoriatische Effloreszenzen zu dokumentieren vermag. Sie bedarf also bald der Tuberkulose, bald der Gicht oder einer innersekretorischen Störung usw., um sich dokumentieren zu können. Und es ist auch begreiflich, daß auch ungünstige hygienische Verhältnisse: Mangel an Sonne, Mangel an frischer Luft, den angeborenen biologischen Defekt der Haut, die angeborene Schwäche des Hautgewebes verstärken und umgekehrt, daß günstige hygienische Verhältnisse jenen angeborenen Defekt günstig beeinflussen können. Auf diese Weise können wir uns sehr gut erklären, warum es in den Tropen wenig Psoriatiker gibt, warum es dort den Psoriatikern aus Europa so gut geht, warum es bei uns den Psoriatikern im Sommer besser geht als im Winter, warum z. B. die Sanatorien auf der Insel Lido bei Venedig so ausgezeichnete Heilerfolge bei Psoriasis aufweisen und viele andere analoge Erfahrungen.

Und auf diese Weise können wir uns auch manche Unterschiede erklären, die zwischen meinen äußerst unterernährten Psoriatikern, den im letzten Weltkriegsjahr aus den Schützengräben heimkehrenden Soldaten und den Psoriatikern Pabls bestehen. Meine körperlich und geistig total erschöpften Psoriatiker hatten sicherlich eine angeborene, ad maximum gesteigerte Schwäche ihrer Haut. Daher konnte man an ihnen Symptome konstatieren, die man heute bei den Patienten nicht mehr konstatieren kann. Befanden sich doch unter meinen Patienten damals

Digitized by Google

auch zwei mit einer typischen Epidermolysis bullosa an den Handtellern, die doch sicherlich den Höhepunkt der geschwächten Kohärenz darstellt, ein Symptom, das ich seither bei keinem Psoriatiker mehr gesehen habe.

Die ureigentliche Ursache der Psoriasis ist also die verminderte Vitalität des Hautgewebes, die biologische Minderwertigkeit der Haut, die entweder zur Gänze eine angeborene, oder zum Teil eine angeborene, zum Teil eine erworbene ist. Wer mit dieser verminderten Vitalität behaftet ist, kann nach einem jeden (artifiziellen und mikrobiellen) Hautreiz, der eine Entzündung hervorzurufen vermag, psoriatische Efflorescenzen bekommen. Und er kann eine Krankheit bekommen, die wir Psoriasis nennen.

In meinen früheren Arbeiten habe ich nachgewiesen, daß die Psoriasis, eine Krankheit von typischem Aussehen und Verlauf, in der größten Mehrzahl der Fälle eine Staphylokokkenimpetigo bei einem mit psoriatischer Diathese behafteten Menschen darstellt, und daß das klinische Aussehen der psoriatischen Effloreszenzen und der Verlauf einer solchen Psoriasis nicht von jenen Staphylokokken beherrscht werden, sondern von jener Diathese, jener geschwächten Vitalität seiner Haut, jenem angeborenen Signum indelebile.

Diese Behauptung kann durch das Faktum, daß es Pabl gelungen ist, durch Impfung auf die Haut der Psoriatiker tiefe Staphylokokkenentzündungen der Haut hervorzurufen, nicht widerlegt werden.

Wenn diese grundlegende biologische Anomalie der Haut in allzu hohem Grade entwickelt ist, hat sie eine wesentlich verminderte Keratinisierung und Kohärenz der Epidermiszellen zur Folge. Aus diesem Grunde fasert sich die Hornschicht sofort auf, wenn in derselben ein eitrig-entzündlicher Herd im Entstehen begriffen ist. Deshalb kann es nicht zu der geringsten Eiteransammlung in der Epidermis kommen, und daraus resultieren notwendigerweise die feinen, dünnen, silberglänzenden Schuppen auf den entzündlichen Effloreszenzen. Ist die biologische Anomalie in geringerem Grade entwickelt, ist die Auffaserung der Hornschicht keine so bedeutende. Der miliare Abszeß hat die Möglichkeit, sich in kurze Zeit zu erhalten und es kann sich doch eine gewisse Menge Eiter in demselben ansammeln. Dieser Eiter verleiht dann den Schuppen eine leichte Nuance von gelb. Ist aber die grundlegende Anomalie eine minimale, können über den psoriatischen Effloreszenzen so dicke und mit Eiter durchtränkte Schuppen entstehen, daß sie Krusten ähnlich sind (Psoriasis rupioides). Meine Theorie über das Wesen der Psoriasis stützt sich auch auf die alte klinische Beobachtung, daß pustulöse Effloreszenzen und Skabies auf der Haut der Psoriatiker zu den großen Seltenheiten gehören. Von diesem Faktum überzeuge ich mich selbst immer und immer wieder. Damit ist aber nicht gesagt, daß der Psoriatiker niemals und unter keinen Umständen irgend eine Pustel oder gar Skabies bekommen dürfte. Eine jede biologische Eigentümlichkeit hat ihre Spannweite nach rechts und links. Haben wir doch schon gehört, daß das Bild der Psoriasis selbst je nach dem Grad des biologischen Defektes der Haut dieses oder jenes Patienten diametral verschieden sein kann. Auch haben wir gehört, daß sehr viele äußere und innere Einflüsse den Grad dieses biologischen Defektes steigern und herabsetzen können. E-

Digitized by Google

st auch wohl begreiflich, daß dieser biologische Defekt sicherlich nicht inmal auf der ganzen Oberfläche überall gleich groß sein wird. Welch ine Fülle von Gründen für die Abweichungen nicht bloß des klinischen 3ildes der Psoriasis, sondern auch aller aus jenem biologischen Defekt ler Haut fließenden Nebenerscheinungen!

Die grundlegende biologische Anomalie beherrscht nicht nur das Aussehen der Effloreszenzen, sondern auch den Verlauf der Psoriasis. st sie hochgradig entwickelt, geht sie sicherlich auch mit einer abgeschwächten antibakteriellen Funktion der Epidermiszellen einher. Die Krankheit kann sich daher leichter in der Haut festsetzen, kann sich durch neue und immer wieder neue Erscheinungsformen ausbreiten, sie hat die Tendenz, universell zu werden und zur exfoliativen Dermatitis zu entarten. Die Behandlung wird eine sehr schwierige, Rezidiven sind häufig. Handelt sich um einen Fall von nur wenig geschwächter Vitalität, kommt es nur dort zu Eruptionen, wo mechanische Insulte das Eindringen eines infektiösen Agens in die Haut begünstigen (Ellbogen, Knie). Die psoriatischen Herde bleiben lange Zeit stationär. Die Behandlung ist eine verhältnismäßig leichte, Rezidive sind selten.

Und nun können wir uns leicht erklären, warum ein Fall von Psoriasis dem anderen weder durch das Aussehen der Effloreszenzen, noch durch den Verlauf, noch durch die therapeutische Zugänglichkeit ähnlich ist und warum bei ein und demselben Patienten zwei Anfälle dieser Krankheit von diametral verschiedenem Aussehen und Verlauf sein können.

Die Psoriasis (nicht die psoriatische Effloreszenz, sondern die Krankheit Psoriasis) ist sicher fast immer mikrobiellen Ursprungs, und der häufigste unmittelbare Erreger ist hier, wie ich schon in meinen früheren Arbeiten nachgewiesen habe, der Staphylococcus pyogenes. Doch ist die Möglichkeit, daß noch andere Mikroben in Betracht kommen, nicht ausgeschlossen. Es wurden bereits zahlreiche Arbeiten über Befunde der verschiedensten Mikroben in psoriatischen Effloreszenzen publiziert, Mikroben, mit Hilfe deren sogar die experimentelle Erzeugung psoriatischer Effloreszenzen gelang, allerdings nur bei denselben Patienten, ein Beweis, daß die gefundenen Mikroben in dem gegebenen Fall tatsächlich die Erreger der Psoriasis sein könnten.

Ich selbst kann diese Reihe durch das Referat über eine Psoriasis vermehren, die durch den Pilz der Trichophytie provoziert wurde.

Es handelte sich um eine 33jähr. Frau, die am 22. XII. 1927 in meiner Klinik aufgenommen wurde.

Anamnestisch wichtige Daten: Vater starb an einem Magenkarzinom, Mutter an Leukämie, ein Bruder an Tuberkulose, eine Schwester an einem Herzfehler. Die restlichen zwei Geschwister sind gesund. Patientin selbst war in der Kindheit niemals krank. Seit ihrer Verheiratung (im 21. Lebensjahr) ist sie fortwährend krank. Sie hatte ein Kind, das sehr schwächlich war und nach einem halben Jahr starb. Im Alter von 22 Jahren wurde sie in der Frauenklinik wegen Gebärmuttersenkung operiert. Hernach lag sie wegen Pleuritis sicca in der internen Klinik. Im 24. Lebensjahre machte sie Malaria durch, im 28. Lebensjahr Hämoptoe, im 31. Lebensjahr wurde sie wegen eines Uterustumors neuerdings operiert und bald darauf wurde ihr der Uterus exstirpiert.

Die gegenwärtige Erkrankung begann vor 3 Wochen. Gleich beim ersten Auftreten des Exanthems kam die Patientin in unsere Ambulanz, wo folgende Diagnose gestellt wurde: Trichophytia superficialis maculosa an der Innen- und Außenseite der Oberschenkel. Est nach 14 Tagen kam sie wieder; das Exanthem hatte sich auf den Stamm und die Ober- und Unterextremitäten ausgebreitet. Doch hatte dieses Exanthem ein

Digitized by Google

ganz anderes Aussehen als jenes, mit dem sie ursprünglich gekommen war. Jetzt hatte sie einen über den ganzen Körper disseminierten, typischen psoriatrischen Ausschlag, bestehend aus flachen, braunroten Papeln von Linsen- bis Erbsengröße mit einer Menge weißer Schuppen auf der ganzen Oberfläche derselben. Die Mehrzahl der Effloreszenzen war wahllos zerstreut. Nur an einzelnen Stellen konflierten sie zu zehnheller- bis kronengroßen Flächen. Am dichtesten war der Ausschlag am Gesäß und an beiden Ellbogen.

Mit Rücksicht auf die ursprüngliche Form des beginnenden Ausschlags faßten wir den Verdacht, daß auch dieser psoriasiforme Ausschlag durch den Trichophytiepilz hervorgerufen sein könnte. Die mikroskopische Untersuchung und der therapeutische Effekt bestätigen unseren Verdacht. Wir fanden in den Schuppen typische Pilzfäden und Sporen und mit Steinkohlenteer nach der Vorschrift von Sack brachten wir die Ausbreitung der Krankheit binnen 10 Tagen zum Stillstand.

Der Dekursus vom 5. I. 1928 besagt: Keine neue Eruption. Aber über den früheren Effloreszenzen fasert sich die Hornschicht immer noch auf, besonders am Gesäß, über den Knien und Ellbogen.

23. I. Alle Effloreszen sind bereits von normaler Epidermis überzogen, nur über den Ellbogen und Knien besteht noch etwas Auffaserung.

28. I. Epidermis überall normal. Patientin wird entlassen.

Dieser Fall ergänzt also die Reihe der mannigfaltigen Mikroben, die in psoriatischen Effloreszenzen gefunden wurden, durch den Trichophytiepilz. Er ist zugleich ein neuer klinischer Beweis für unsere Lehre, daß das typische Aussehen der psoriatischen Effloreszenzen nicht von irgend einem spezifischen Mikroben stammt, sondern von einer eigentümlichen spezifischen Eigenschaft der Haut des Psoriatikers, von der in ihrer keratinisierenden Funktion geschwächten Vitalität seiner Epidermiszellen, und daß, wenn jemand diese Anomalie besitzt, er psoriatische Effloreszenzen und auch Psoriasis nach den verschiedensten artifiziellen und mikrobiellen Reizen, also auch nach dem Trichophytiepilz bekommen kann.

Aber unser Fall gestattet uns auch noch einen tiefen Einblick in den klinischen Verlauf der Psoriasis. Mit der Behandlung der trichophytischen, nichtfollikulären Hautentzündungen besitzen wir jetzt sehr reiche Erfahrungen. Wir erlebten und erleben noch immer von Zeit zu Zeit wahre Epidemien dieser Entzündungen. Wir behandelten sie immer und alle mit Steinkohlenteer nach der Vorschrift von Sack (Picis lithanthracis 10, Benzoli 20, Acetoni 70). Wir machten die Beobachtung, daß man mit diesem Medikament diese Entzündungen in allen Fällen und in verhältnismäßig sehr kurzer Zeit beherrschen kann. In einer Woche, in 10, längstens 14 Tagen ist der Kranke von seiner Affektion glatt geheilt, selbst wenn diese über die ganze Haut verbreitet war. Bei unserer Patientin stießen wir auf absolut ungewöhnliche Hindernisse. Es gelang uns zwar, mit der eingeleiteten Behandlung die weitere Aussaat der krankhaften Effloreszenzen zum Stillstand zu bringen, aber die Heilung der bestehenden Effloreszenzen und ihre normale Epidermisierung war auf keine Weise zu erzielen. Die unmittelbare Ursache der Psoriasis, den Trichophytiepilz, bewältigten wir spielend. Seine Aussaat über die Haut konnten wir prompt zum Stillstand bringen. Aber unser lokales Heilmittel vermochte nicht gleichzeitig auch die grundlegende Anomalie der kranken Haut zu beseitigen. Es konnte nicht ihre ungenügende Keratinisierungsfähigkeit ändern und beseitigen. Von da stammte die Schwierigkeit, eine normale Epidermisierung über den vom Pilz längst befreiten Effloreszenzen und krankhaften Herden zu erzielen, eine Schwierigkeit, die also nicht durch den Trichophytiepilz bedingt sein konnte, weil dieser

Digitized by Google

ehr schnell beseitigt wurde, sondern durch eine besondere Eigenschaft ler kranken Haut selbst, durch ihre Unfähigkeit zur normalen Kera- inisation. Wenn uns die definitive Heilung der Patientin auch in dem 'alle Schwierigkeiten bereitet, in welchem wir über ein absolut verläß- iches Heilmittel gegen den unmittelbaren Erreger der Psoriasis verfügen, ras Wunder, daß uns die Therapie der Psoriasis so große Schwierig- eiten in jenen vulgären Fällen bereitet, bei denen wir ein derartiges leilmittel entbehren. Besitzen wir doch gegen den Staphylokokkus kein leilmittel, das so wirksam wäre, wie der Steinkohlenteer gegen den richophytiepilz.

Unser Fall hat uns also sehr deutlich gezeigt, warum wir bei der ehandlung der Psoriasis mit örtlichen Mitteln in der Regel nicht aus- ommen, warum wir außer den örtlichen Mitteln auch allgemein wirkende nterne Mittel brauchen, die, wie ich in einer meiner Arbeiten nachge- iesen habe, die gemeinsame Eigenschaft haben, daß sie imstande sind, die 'italität der Epidermiszellen und besonders ihre keratinisierende Funktion u steigern. Da nun das Arsen von allen bekannten Mitteln die kera- inisierende Funktion der Epidermiszellen am besten zu beheben vermag, st es bis jetzt unser bestes und verläßlichstes internes Antipsoriatikum.

Die Psoriatiker werden also geboren. Sie bringen eine biologisch ninderwertige Haut zur Welt. Der Grad dieser angeborenen biologischen linderwertigkeit ist nicht in allen Fällen gleich hoch. Er kann so hoch ein, daß er an und für sich genügt, um sich unter den erwähnten Um- tänden zu dokumentieren, so daß es nur irgend eines entzündlichen leizes bedarf, damit er sich in Form von psoriatischen Effloreszenzen der als Psoriasis offenbare.

Der Grad der angeborenen biologischen Minderwertigkeit kann auch o gering sein, daß er an und für sich nicht genügt, um sich unter den ben erwähnten Umständen zu dokumentieren. Erfährt er aber im späteren eben durch irgend eine zufällige Affektion, die eine Schwächung des)rganismus überhaupt und daher auch der Haut als eines Bestandteils esselben zur Folge hat, eine Verstärkung, dann offenbart er sich unter len erwähnten Umständen in gleicher Weise.

Es entsteht nun die Frage, ob dieser angeborene biologische Defekt ler Haut eine primäre Hautaffektion darstellt oder ob dieser Defekt der laut sekundär infolge eines primären kongenitalen biologischen Defektes estimmter endokriner Drüsen entsteht, wie es sich Leszczynski[1]) vor- tellt. Die definitive Entscheidung dieser Frage ist vorläufig nicht mög- ich. Für mich ist die Vermutung annehmbarer und wahrscheinlicher, aß hier die Haut primär ergriffen ist. Zu dieser Ansicht leiten mich or allem die doch nur unverläßlichen und wenig anhaltenden Behand- ungsresultate, die wir bis jetzt mit der endokrinen Therapie der Pso- iasis erzielt haben. Allerdings bin ich mir des möglichen Einwandes ewußt, daß alle unsere Methoden der endokrinen Behandlung noch ihre roßen technischen Mängel besitzen.

Ferner bestärkt mich in meiner Annahme einer primären kongeni- alen Ergriffenseins der Psoriatikerhaut auch noch eine Reihe von Um-

[1]) Leszczynski: Das Symptom vom Chvostek bei der Psoriasis vulg. Derm. W., 1929.

Digitized by Google

ständen, die dafür sprechen, daß der biologische Defekt der Psoriatikerhaut nicht auf die Haut beschränkt bleibt, sondern das ganze Ektoderm betrifft, respektive daß die Ursache dieser Minderwerdigkeit unvergleichlich tiefer in der Entwicklung des Individuums liegt als wir uns bisher vorgestellt haben.

Marcuse hat diese Vermutung als erster ausgesprochen. Von seiner Arbeit: „Zur Frage der Erblichkeit und des Wesens der Psoriasis" (Derm. Zschr., Bd. 18) erhielt ich erst aus der Arbeit van Kerckhoffs Kenntnis. Ich erinnere mich nun, daß mich unser verstorbener Psychiater Prof. Heveroch wiederholt auf die ihm auffallende Tatsache aufmerksam gemacht hat, daß die Psoriasis eine in den psychiatrischen Abteilungen und Kliniken häufig vorkommende Hautkrankheit sei. Wir verfolgen jetzt diese Sache sehr eingehend. Sollte es sich bewahrheiten, daß die Psoriasis die Folge einer Störung des ganzen Ektoderms ist, dann allerdings würden die Veränderungen einzelner endokriner Drüsen, wie sie Lesczynski akzentuiert, von hier aus ihren Ursprung nehmen. Sie wären dann aber nicht die Ursache der Hautveränderungen, sondern nur eine Begleiterscheinung.

Wenn, wie Darier sagt, unsere Erklärung des Wesens der Psoriasis imstande ist, alle bis jetzt vorgebrachten Theorien über das Wesen dieser Krankheit in sich zu vereinigen, dürfte es sicherlich nicht uninteressant sein, zu zeigen, wie unsere Theorie sowohl unsere therapeutischen Erfolge, als auch die Schwierigkeiten bei der Behandlung der Psoriasis und auch das Wesen der Wirkung unserer wichtigsten und bisher am meisten verwendeten Medikamente und Behandlungsmethoden zu erklären vermag.

Der Psoriatiker bringt, wie gesagt, eine biologisch minderwertige Haut mit zur Welt. Diese angeborene Minderwertigkeit vermag bis jetzt kein Medikament zu beseitigen. Da nun diese Minderwertigkeit die fundamentale Ursache der Psoriasis ist, besitzen wir gegen die Psoriasis kein kausales, spezifisches Heilmittel. Infolge dieser Tatsache wird es unser Bestreben sein müssen, in Familien, in denen die Nachkommenschaft von Psoriasis bedroht ist, mit der Behandlung der Psoriasis präventiv schon bei der sich im Mutterleib entwickelnden Frucht zu beginnen, denn einzig und allein diese Therapie könnte die Krankheit abwenden. Das ist aber Zukunftsmusik. Inzwischen sind alle unsere Heilmittel und Behandlungsmethoden bei bereits ausgebrochener Psoriasis nur symptomatischer Natur. Wir können mit ihrer Hilfe bald leicht und rasch, bald nur schwer und langsam einen Psoriasisanfall, aber nicht die Psoriasis ausheilen.

Die besten Resultate können wir erreichen, wenn es sich um eine Psoriasis mit geringgradiger angeborener Anomalie handelt, die durch eine sekundäre, heilbare, schwächende Affektion verstärkt wurde. Wenn es gelingt, diese sekundär hinzugekommene, schwächende Affektion richtig zu erkennen und auszuheilen, verursacht es dann nicht mehr viel Mühe, den Ausschlag selbst zu beseitigen und den Patienten dadurch, daß wir ihn in geeigneter Weise aufmerksam machen und seine Lebensweise regeln, auf lange Jahre hinaus vor einem neuen Anfall zu bewahren. Müssen doch in solchen Fällen, wenn es zu einem neuen psoriatischen Anfall kommen soll, zwei Faktoren nachträglich zusammentreffen: irgend eine schwächende Allgemeinaffektion und eine zufällige Hautinfektion, während

Digitized by Google

n Fällen mit einer hinreichend intensiven angeborenen biologischen Ano-alie ein einziger Faktor, das ist die zufällige Infektion der Haut mit en ubiquitären Staphylokokken zur Hervorrufung eines Rezidivs genügt. ıus diesem Grunde sind in diesen Fällen die Rezidiven so häufig und ie Behandlung des Anfalls selbst soviel schwieriger.

Die Hauptforderung, die man an jedes Antipsoriatikum stellen muß, st die, daß es die Vitalität der Elemente des Hautgewebes zu steigern ermag. Je besser es diese Forderung erfüllt, desto wertvoller ist es. ach dieser Richtung ist eine Gruppe der antipsoriatischen Medikamente bgegrenzt. Die zweite Gruppe umfaßt sodann jene Medikamente, denen ine Wirkung gegen die häufigste unmittelbare Ursache der Psoriasis, as ist gegen die Staphylokokken, zugeschrieben werden kann.

Von den Medikamenten dieser zweiten Gruppe soll das Kolloidal-ıangan von Malcolm Morris erwähnt werden, das sich auch van Kerck-off gut bewährt hat. Es wird in Form von intramuskulären Injektionen erabreicht.

Die Medikamente der ersten Gruppe, die imstande sind, die vitale Funk-ion der Zellelemente des Hautgewebes zu steigern, können wir in zwei Untergruppen einteilen: erstens in solche, die man innerlich verabreicht, nd zweitens in solche, die lokal appliziert werden.

Von den internen Medikamenten ist an erster Stelle das Arsen zu ennen. Von diesem wissen wir, daß es Hyperkeratose und Hyperpig-ıentation macht und daß es die Kohärenz der Epidermiszellen und deren sophylaktische Funktion zu steigern vermag. Deswegen ist das Arsen eit jeher unser bestes Antipsoriatikum.

Ich habe schon in einer meiner früheren Arbeiten über die Arsen-ehandlung der Psoriasis gesagt, daß wir einen Ehrlich brauchen könnten, er eine Arsenverbindung herstellen würde, die eine möglichst große der-notrope Wirkung bei möglichst kleiner Allgemeintoxizität besäße.

An zweiter Stelle sind in dieser Gruppe jene Heilmittel zu nennen, ie aus endokrinen Drüsen stammen. Die Wirkung der endokrinen Drüsen uf den menschlichen Organismus wird man am besten verstehen, wenn ıan sie mit den Banken unseres öffentlichen Lebens vergleicht. Die Haut esitzt für ihren eigenen Bedarf zwei Spezialbanken, d. h. zwei spezifische ndokrine Drüsen: bis zur Pubertät den Thymus und nachher die Ge-chlechtsdrüsen. Außerdem kommt der Vitalität der Haut auch die hyreoidea zu Hilfe, zumindest durch ihren segensreichen Einfluß auf ie Funktion der Blutkapillaren, deren Vitalität bei Psoriasis geschwächt st. Deswegen bewähren sich die Sekrete dieser Drüsen auch in der herapie der Psoriasis. Diese Therapie läßt sich in verschiedener Weise urchführen. Zunächst so, wie ich als erster empfohlen habe, das ist urch innerliche Verabreichung von Präparaten, welche die Inkrete der enannten Drüsen von Tieren enthalten, entweder in Form von Tabletten er os, oder in Form von subkutanen Injektionen flüssiger Extrakte. Oder man kann die betreffenden Drüsen des Psoriatikers selbst zu einer esteigerten Sekretion der spezifischen Inkrete veranlassen. Diesem Zwecke ienen angemessene Dosen der Röntgenstrahlen nach Brock oder die Diathermie nach Lesczynski. Bis jetzt war es vorwiegend der Thymus, nit dessen Inkreten, wenn sie auf die eine oder andere Art dem Orga-

Digitized by Google

nismus in größerer Dosis zugeführt wurden, bei Psoriasis bemerkenswerte Heilerfolge erzielt wurden, aber auch mit den übrigen Drüsen, den Geschlechtsdrüsen und der Thyreoidea, kann man recht schöne Erfolge erzielen.

In dieselbe Gruppe gehört unzweifelhaft auch die Behandlung der Psoriasis mit Sonnenlicht (oder dessen Ersatz durch künstliche Höhensonne), sowie die Therapie der Psoriasis im Höhen- oder Seeklima. Vielleicht beruht auch die interne Darreichung von Jod, die sich besonders in Fällen von akuter Psoriasis bewährt, auf demselben Prinzip.

Von den örtlich anzuwendenden Mitteln wird das Chrysarobin und dessen Ersatzmittel, das Cignolin, am meisten geschätzt. Über die therapeutische Wirksamkeit dieser beiden Medikamente lasse ich VAN KERCKHOFF sprechen. Wir lesen darüber auf Seite 86 seiner schon wiederholt zitierten Monographie den folgenden Absatz, den ich wörtlich anführen will:

„Daß die am besten wirkenden Antipsoriatika Dioxybenzole und Dioxyanthranole Stoffe sind, welche chemisch verwandt sind mit dem Melanin und einerseits substituierend auftreten für das fehlende Melanin; und denen andererseits die Eigenschaft zukommt, bei ihrer Wirkung freies H_2O_2 zu bilden; daß die Wirkung dieser Antipsoriatika zusammen mit der immer anwesenden Ölsäure und unter Mitwirkung (oder Einfluß) des Lichtes zurückzuführen ist auf eine ansehnliche Steigerung der oxydativen Prozesse."

Es ist sehr schade, daß VAN KERCKHOFF, ich weiß nicht warum, den Sinn meiner Theorie über das Wesen der Psoriasis nicht verstanden hat. Seine Monographie bestätigt dieselbe nicht nur an der zitierten Stelle, sondern auch noch auf vielen anderen Seiten in glänzender Weise.

Über Wismutinfarkte und ihre Verhütung

Von

Priv.-Doz. Dr. SVEND LOMHOLT in Kopenhagen

Der Wismutinfarkt gehört zu den recht seltenen Komplikationen bei den intramuskulären Wismutinjektionen in die Nates. Er entsteht, wenn eine größere oder kleinere Menge einer Wismutemulsion — seltener einer Wismutlösung — bei der intramuskulären Injektion unglücklicherweise in einen Arterienast entleert wird. Dabei kann es geschehen, daß sich eine größere oder kleinere Anzahl der peripher liegenden Arteriolen und Kapillaren verstopft. Es kommt zur Ischämie und als Endresultat gewöhnlich zu einer Nekrose, die unter besonders unglücklichen Verhältnissen einen sehr beträchtlichen Umfang annehmen kann. Mit anderen Worten, es ist eine Komplikation, die Aufmerksamkeit beansprucht.

Verf. hatte innerhalb ganz kurzer Zeit Gelegenheit, nicht weniger als 8 solcher Fälle persönlich zu beobachten, von denen glücklicherweise nur 2 einen ernsteren Verlauf mit Krankenhausaufnahme usw. (7 bzw. 3 Wochen) nahmen. Verglichen mit den in der Literatur mitgeteilten Fällen müssen jedoch auch diese zwei als leicht bezeichnet werden. Da

Digitized by Google

ibrigen 6 waren im Vergleich dazu sehr leicht, aber alle in ihrer Entstehung und ihrem Verlauf doch ganz typisch.

Schließlich soll über eine bestimmte Injektionstechnik berichtet werden, die diese unangenehme Komplikation, jedenfalls in ihren ausgesprochenen ernsteren Formen verhüten zu können scheint.

Was das klinische Krankheitsbild betrifft, so war das in allen vom Verf. beobachteten Fällen ganz typisch und entspricht den bereits vorliegenden Beschreibungen, besonders der ausgezeichneten originalen Beschreibung FREUDENTHALS.

Nach der Injektion treten entweder augenblicklich oder doch nur ganz wenige Minuten später heftige Schmerzen auf, die oft als ganz unerträglich beschrieben werden. In einem einzelnen abortiven Fall (8) traten diese Schmerzen erst nach etwa 1 Stunde auf. Ein solches etwas verzögertes Auftreten (bis zu 3 Stunden nach der Injektion) ist auch von anderen beobachtet worden, und seine Ursache wird von FREUDENTHAL (M. Kl., 1927, S. 577) so gedeutet, daß die Wismutemulsion nicht in das Arterienlumen, sondern in deren Wand entleert worden ist. Hierdurch sei sehr bald eine obliterierende Thrombose entstanden, und diese hätte dann wiederum eine Ischämie mit den üblichen charakteristischen Symptomen bewirkt.

Die Schmerzen halten, ohne sich zu verringern, viele Stunden an, und in der Regel wird man ihretwegen abends zu dem Patienten gerufen. Man trifft ihn dann sehr leidend an, in der Regel humpelt er ruhelos im Zimmer umher, da es ihm unmöglich ist, Ruhe im Bett zu finden, wohingegen Bewegungen an sich die Schmerzen nicht zu vermehren scheinen. Warme Umschläge lindern nur wenig, und selbst Morphium versagt in den schwersten Fällen. Im Laufe der folgenden Tage beginnen die Schmerzen abzunehmen, und in den leichten Fällen kann der Patient nach ein oder zwei Tagen, mit etwas Beschwerden, seine gewöhnliche Arbeit wieder aufnehmen, in anderen dauert es eine Woche, und schließlich nahm der Fall bei zwei Patienten einen so schweren Verlauf, daß man zur Krankenhausaufnahme schreiten mußte.

Der objektive Befund war in allen Fällen recht gleichartig und entspricht auch durchaus den bisher vorliegenden Beschreibungen: wenige Stunden nach der Injektion sieht man eine diffuse Schwellung der Nates, die in der Regel oben und außen am stärksten ist und meist am ausgesprochensten etwas lateral von der Stelle, wo man seine Injektionen zu machen pflegt. Der Verlauf der Arteria glutaea sup. von innen aus der Tiefe nach außen gegen die Oberfläche macht diese Verteilung leicht verständlich. Auf dieser Schwellung sieht man in der Regel schon nach wenigen Stunden eine eigentümliche, landkartenähnliche, blasse, leicht bläuliche, eigentümlich marmorierte Hautpartie von einer unregelmäßigen hyperämischen Zone umgeben. Das Aussehen erinnert in diesem Stadium etwas an einen anämischen Niereninfarkt. Allmählich wird die Mittelpartie bläulicher, und die marmorierte Zeichnung spricht sich stärker aus. Außen um die Mittelpartie herum sieht man manchmal einen schmalen, weißen elevierten, urtikariellen Saum, und erst nach außen von diesem wieder eine schmale hyperämische Zone, die sich allmählich nach außen verliert. Nach einigen Tagen markiert sich die zentrale Nekrose in den

Digitized by Google

schwereren Fällen deutlicher. Sie wird dunkel, schwarz und beginnt sich allmählich abzustoßen. In den leichteren beginnt sie dagegen schnell an zunehmen, so in 6 der hier erwähnten Fälle, wo es überhaupt zu keiner eigentlichen Nekrose kam. Nur bei einigen von ihnen kam es in der Mittelpartie zu einer oberflächlichen Blase, indem sich die Epidermis abhob und mit einem dünnen, serosanguinolenten Inhalt füllte. Diese Blasendecke stieß sich alsbald ab, und es entstand eine oberflächliche Erosion, die schnell heilte. Schon nach 2—3 Wochen war alles verschwunden. In den zwei übrigen Fällen (1 und 7) kam es zu einer massiven Nekrose, die in dem einen Fall (1) im wesentlichen auf das Muskelgewebe begrenzt war, während die Haut frei blieb. In dem anderen Fall (7) kam es zu einer Nekrose der Haut. Diese beiden Fälle nahmen 7 bzw. 3 Wochen in Anspruch, um so weit zu heilen, daß die Patienten entlassen werden konnten. In keinem Fall blieb eine Einschränkung der Beinfunktion zurück.

Der Beweis, daß es bei diesen Fällen sich wirklich um eine intraarterielle Injektion handelt, wurde zum erstenmal in überzeugender Weise von FREUDENTHAL geführt. Er konnte durch eine histologische Untersuchung der kleinen Arterien in der nekrotischen Haut nachweisen, daß diese mit zahlreichen Nadeln von Wismutsubsalizylat ausgestopft waren, dem Stoff, der in den betreffenden Fällen, in Öl aufgeschwemmt („Bismogenol"), verwendet worden war (Arch. f. Derm., 1924, Bd. 147, S. 155). Später wurde die gleiche histologische Beobachtung von NICOLAU gemacht (Ann. des malad. vénér., 1925, S. 321), der bei zwei Patienten nach einer Injektion von 2 ccm Wismutoxyjodidgallat in Öl die kleinen kutanen Arterien mit dem Injektionsmittel ausgestopft fand, und von GAMMEL (Arch. of Derm. & Syph., 1928, Bd. 18, S. 219), der in einem nach einer Injektion von 1 ccm einer 10%igen Aufschwemmung von Kalium-Wismuttartrat in Öl entstandenen Infarkt große Mengen dunkelbrauner Kristalle in den subkutanen Gefäßen fand. Diese Kristalle erwiesen sich als von ganz der gleichen Art wie die eingespritzte Wismutverbindung. Später hat auch A. MARTINS DE CASTRO (Ann. de Derm. et Syph., 1929, S. 166) nach einer Injektion von in Öl aufgeschwemmtem Wismuthydroxyd gefunden, daß die kleinen Arterien der Haut wie des subkutanen Gewebes — und an letzterer Stelle besonders deutlich — mit dunkelfarbigen, amorphen Massen ausgestopft waren. Diese gelang es ihm auf histochemischem Wege als Wismut zu identifizieren. Auch auf experimentellem Wege gelang die Bestätigung, daß diese Auffassung vom Charakter des Leidens als einer arteriellen Embolie die richtige war. So nahm NICOLAU (l. c.) Versuche an Kaninchen vor, OLESSOV an Fröschen und Kaninchen, KOZEVNIKOV (mit Quecksilberpräparaten) an 103 Kaninchen und 6 Hunden. Alle ergaben das gleiche Resultat: Intraarterielle Injektion bewirkt fast konstant Veränderungen in dem peripher gelegenen Gewebe, und von gleicher Art, wie man sie bei den Patienten beobachtet hatte. Außer den oben genannten Fällen ist allmählich eine lange Reihe von Fällen mitgeteilt worden, im ganzen bis ein halbes Hundert. Und man darf mit Sicherheit annehmen, daß die Zahl der nicht mitgeteilten noch weit größer ist. Bezüglich dieser vielen Fälle muß teils auf die schon zitierten Abhandlungen von FREUDENTHAL, NICOLAU, GAMM

Digitized by Google

und CASTRO und die ausführlichen Literaturhinweise, die bei ihnen zu finden sind, teils auf JULIUSBERGS Abhandlung im „Handbuch der Haut- und Geschlechtskrankheiten", 1928, Bd. 18, S. 479ff. verwiesen werden.

Was die Art der Bi-Präparate betrifft, die diese Infarkte hervorrufen können, so kann man sagen, daß es alle sein können. Erwähnt wurde schon das Wismutsubsalizyat, das Jodwismutgallat, das Kaliumwismutartrat und das Wismuthydroxyd, aber auch nach Injektion von Oleo-Bi, Spirobismol, Wismutkarbonat, Wismutchininjodid, metallischem Wismut, kurz, nach allen gewöhnlich benutzten Präparaten sind diese Vorkommnisse beobachtet worden. Wahrscheinlich spielt die Art der Wismutverbindung hier gar keine Rolle. Es ist das rein mechanische Moment, das die Obliteration bedingt.

Man hat sich nicht recht erklären können, wie eine solche intraarterielle Injektion und so relativ häufig zustande kommen kann. Hierzu kann man sagen, daß diese Fälle ja trotz alledem nicht sehr häufig sind. So berechnet GAMMEL (Philadelphia), daß er bei im ganzen 45000 Injektionen 5 Fälle gesehen hat. Diese waren alle recht schwer, ein paar sogar sehr schwer, mit kolossalem Substanzverlust. FREUDENTHAL (Breslau) hat auch in den Jahren 1924—1927 eine „ganze Reihe von Fällen" gesehen, ohne doch ein bestimmtes Zahlenverhältnis anzugeben. Verfasser hat zwei mittelschwere und sechs leichtere Fälle bei im ganzen etwa 20000 Injektionen gesehen. Ein erklärendes Moment wurde von MILIAN (Bulletin de la société franç. de Dermat. et de Syphiligraphie, 1926, S. 98) angeführt: Die sklerosierenden Prozesse, die auf alle intramuskulären Wismutinjektionen folgen, tragen dazu bei, die Arterien zu fixieren, so daß diese nicht so leicht wie bei normalem Gewebe der Nadelspitze ausweichen, sondern von ihr aufgespießt werden.

Dieser großen Zahl von Wismutinfarkten gegenüber fragt man sich unwillkürlich: Wieso sieht man derartiges nicht bei der Verwendung von Quecksilberinjektionen? Einige rein praktische Umstände machen das verständlich. Man gibt vom Hg bedeutend kleinere Dosen als vom Wismut, in der Regel nur etwa ein Drittel bei jeder Injektion. Daher wird die injizierte Flüssigkeitsmenge soviel geringer, und da zu der Hervorrufung eines Infarktes von einer störenden Größe die allererste Voraussetzung ist, daß ein so großes Quantum in die Arterie injiziert wird, daß ein gewisses recht großes Gebiet von ihr ganz verstopft wird, so daß die kollateralen Anastomosen versagen, kann man verstehen, daß diese Komplikation beim Gebrauch von Hg weit seltener als bei Bi vorkommt. Jedoch finden sich auch mehrere Berichte über entsprechende Fälle nach intramuskulären Hg-Injektionen, die den oben beschriebenen Wismutfällen so sehr ähneln, daß es jetzt möglich ist, sie als Infarkte zu identifizieren. Der erste ist wohl ein von WELANDER beschriebener Fall (Arch. f. Derm., 1898, Bd. 46, S. 257). Im übrigen gelang es schon 1906 NIKOLSKY (Bull. de la Société franç. de Dermat. et Syphiligraphie, 1906) festzustellen, daß eine Komplikation, die er in zwei von ihm selbst beschriebenen Fällen beobachtete, auf einer Arterienläsion beruhte. Im ersten Fall waren 2 ccm einer 1%igen Auflösung von Merkuribenzoat, im zweiten eine Aufschwemmung von Merkurioxyd gegeben. Seine Mitteilung beschreibt den Infarkt in einer umfassenden klassischen Art,, ge-

Digitized by Google

riet aber anscheinend in Vergessenheit und wurde erst neuerdings von NICOLAU (l. c.) wieder ans Licht gezogen.

Während es sich beim Wismut immer um Einspritzung von Emulsionen handelte, die das Arterienlumen rein mechanisch obliterierten, sind es beim Quecksilber ebensooft Lösungen gewesen. Auch das ist leicht verständlich, wenn man bedenkt, teils, daß die Emulsionsmengen von Hg-Präparaten, die injiziert werden, wie oben erwähnt, relativ klein sind, teils, daß Hg-Lösungen an sich stark ätzend sind, teils in weit größerer Ausdehnung als Bi-Lösungen gebraucht werden. Lösungen können natürlich ein Gefäß nicht obliterieren, dagegen können sie auf Grund ihrer ätzenden Eigenschaften eine Intimaläsion bewirken, aus der eine Thrombose resultieren kann. Das war sicher so bei SAPHIERS Patienten (M. m. W., 1921, Nr. 13), und ganz zweifellos bei dem von OLESSOV (Ref. Zbl. f. Haut- u. Geschlechtskrankh., Bd. 22, S. 438). Ganz selten sind derartige Fälle nicht vorgekommen. Sowohl OPPENHEIM als auch NOBEL haben jeder 3 Fälle gesehen (Zbl. f. Haut- u. Geschlechtskrankh., Bd. 11, S. 286). Sie neigen allerdings beide zu der Auffassung, daß es sich um eine Läsion eines Nerven handeln könnte. Die nahe Analogie mit den später beschriebenen Wismutfällen läßt jedoch kaum einen Zweifel übrig, daß es sich in Wirklichkeit um arterielle Läsionen gehandelt hat.

Vor ganz kurzem hat Verfasser in der dänischen dermatologischen Gesellschaft einen solchen typischen Fall von Infarkt nach Infektion von 4 cg Merkuribenzoat in wässeriger Lösung mitgeteilt (Hosp. tid., 1928, Nr. 48), und bei dieser Gelegenheit teilte auch Oberarzt JERSILD mit, daß er vor vielen Jahren einen ähnlichen Fall in seiner Privatpraxis gesehen hatte, ein Fall, der ihm damals unerklärlich war.

Um jedoch zum Wismutinfarkt zurückzukehren, so soll nun kurz der Verlauf von 8 Infarkten mitgeteilt werden, die Verfasser bei der Prüfung eines neuen Wismutpräparats, des Wismutoxychlorids in wässeriger Aufschwemmung, zu beobachten Gelegenheit hatte, ein Präparat, das übrigens in bezug auf seine therapeutische Wirksamkeit bedeutende Vorzüge und nur wenige Nebenwirkungen zu haben scheint, sowie von einem Infarkt nach Injektion von in Öl aufgelöstem Wismut („Embial" Merck).

1. ♂ H. 1. III. 1906. Bekam am 7. II. 27 Injektion von Bi-O-OH 20 cg. Sofort nach der Injektion füllt sich die Spritze mit Blut, indem der Stempel rasch zurückgleitet. Man hat sofort den Verdacht, die Injektion intraarteriell gemacht zu haben. Auf dem Heimwege bekommt Patient heftige Schmerzen. Diese halten mehrere Tage an. Bei der Untersuchung zu Hause am nächstfolgenden Tage bemerkt man eine diffuse, recht weiche Verdickung in den rechten Nates. Die Haut ist über ihr sehr blaß, aber von eigentümlichen schmalen, livedoähnlichen Säumen eingefaßt. Man fühlt keine derbe Infiltration in der Tiefe, aber etwas Fluktuation. Da die Schmerzen so stark sind, wird er ins Krankenhaus eingewiesen.

Im Krankenhause wurde am 16. II. eine Inzision gemacht und eine seröse Flüssigkeit entleert; es fand sich keine eigentliche Kavität (vgl. übrigens FOGED, l. c. Fall 2). Später nekrotischer Zerfall und purulente Sekretion. 25. III. außer Bett. 6. IV. entlassen.

2. ♂ P. 14. XII. 1903. Bekam am 1. VI. 1927 Bi-O-OH 7 cg. 15. VI: Gibt an, daß er sofort nach der Einspritzung starke Schmerzen bekommen hätte, die innerhalb weniger Minuten sehr heftig geworden wären. Er mußte sich ins Bett legen, machte warme Umschläge und glaubt, etwas Fieber gehabt zu haben. Bekam kein Morphium. Infolge seiner Schmerzen war er die beiden ersten Nächte schlaflos. Das Gesäß schwoll an und wurde bläulich. Lag 12 Tage zu Hause zu Bett. Geht jetzt

Digitized by Google

mit einigen Beschwerden herum, hat ein Gefühl der Spannung, aber keine eigentlichen Schmerzen. Man sieht eine massive harte Vorwölbung der lateralen Hälfte der linken Nates, etwa 15 cm im Durchmesser; auf der Mitte von ihr sieht man einige kleine schorfbedeckte, oberflächliche Exkoriationen. Die Mittelpartie sieht noch ganz leicht zyanotisch gefärbt aus. Die Konsistenz der Infiltration ist hart, doch nicht brettartig. Man fühlt keine Fluktuation. 22. VI.: Die Schwellung geht gut zurück. 13. VII: Alles geschwunden, Gang unbehindert, wie früher.

3. ♂ H. 2. II. 1907. Bekam am 22. II. 1928 BiOCl, 20 cg. Starke Schmerzen unmittelbar nach der Injektion. Beim Krankenbesuch am Abend wurde angegeben, daß die Schmerzen immer heftiger geworden wären und sich durch Guttae rosae nicht hätten beeinflussen lassen. Man sieht eine erhebliche Schwellung der Nates; über einer handflächengroßen Partie sieht die Haut blaß, marmoriert, livide aus und ist von einem rötlichblauen, schmalen Saum umgeben. 27. II.: Die Schmerzen sind sehr schnell geschwunden. Er hat schon seit einigen Tagen seine Arbeit wieder aufgenommen. Es besteht noch eine leichte Schwellung der Glutäalpartie mit etwas Hyperästhesie über einer knapp handflächengroßen Partie. Der Gang ist frei.

4. ♂ J. 21. XII. 1885. Bekam am 8. VI. 1928 BiOCl, 20 cg. 11. VI.: Gibt an, daß er sofort nach der Einspritzung heftige Schmerzen bekommen hätte, die im Laufe des Nachmittags bis zur Unerträglichkeit gestiegen wären. Er glaubt, etwas Fieber gehabt zu haben. Die Schmerzen linderten sich durch warme Umschläge. Er konnte, wenn auch mit einigen Beschwerden, gehen und am nächsten Tag arbeiten. Man sieht jetzt eine starke diffuse Schwellung der linken Nates. Die ganze laterale Partie ist blaß, marmoriert und zeigt ein zyanotisches Netz; auf einer kleineren, 3 × 2 cm großen Partie der Haut, 3 cm lateralwärts von der Einstichstelle, sieht man eine leichte hämorrhagische Verfärbung der Haut. 15. VI.: Die Schwellung ist fast ganz geschwunden, ebenso die Verfärbung.

5. ♂ S. 10. XII. 1889. Bekam am 10. VIII. 1928 BiOCl, 20 cg. 12. IX.: Teilt mit, daß er nach der letzten Injektion starke Schmerzen in den Nates empfunden hätte, die beträchtlich angeschwollen wären, hätte jedoch seine Arbeit als Hafenarbeiter immer versehen können. Schmerzen und Empfindlichkeit hielten im ganzen etwa 14 Tage an. Man sieht jetzt über den rechten Nates Reste der üblichen, fleckigen, netzförmigen Zeichnungen auf der Haut. Es besteht hier etwas Abschilferung und unbedeutende Exkoriation. Diese schwachen Reste verschwanden im Laufe von ein paar Wachen.

6. ♂ R. 21. I. 1897. Bekam am 10. VI. 1928 BiOCl, 20 cg. Bekam sofort starke Schmerzen in den Nates, konnte aber doch nach Hause radeln. Abends wurden die Schmerzen stärker. Bei der Untersuchung sieht man am Abend die Haut über den geschwollenen Nates verfärbt, mit der üblichen bläulichen Marmorierung. Konnte unter einigen Beschwerden am nächsten Tage aufbleiben. Die Schmerzen verloren sich im Laufe von 3—4 Tagen. Nach einer Woche war der Gang wieder völlig normal.

7. ♂ S. 19. XI. 1886. Bekam am 6. VII. 1928 eine Injektion von BiOCl, 20 cg. Sofort nach der Einspritzung heftige Schmerzen, die bis zur Unerträglichkeit anstiegen, weshalb er am 8. VII. ins Krankenhaus aufgenommen wurde, wo man das übliche Krankheitsbild mit brettharter Schwellung der Nates konstatierte. 12. VII.: Es hat sich eine 6 × 6 cm große, quadratische, nekrotische Partie demarkiert. 22. VII.: Die Nekrose hat sich mit reinen Granulationen der nicht sonderlich tiefen Kavität abgestoßen. Entlassung. 10. VIII.: Heilt schnell. 5. IX.: Alles längst in Ordnung. Keine Funktionsstörungen.

8. ♀ H. B. 5. III. 1904. Bekam am 4. II. 1929 eine Injektion von BiOCl, 15 cg. 5. II.: Bekam auf dem Heimweg starke Schmerzen, die den größten Teil der Nacht anhielten. Man sieht jetzt an einer etwas lateral von der Einstichstelle gelegenen Hautpartie etwas Blässe der Haut mit schwacher, blaßblau marmorierter Zeichnung. Kein hyperämischer Saum, nur schwache Infiltration. Sie ist schon außer Bett und im wesentlichen schmerzfrei. Der Gang ist nach 2—3 Tagen normal und unbehindert.

9. ♂ P. 14. V. 1903. Bekam am 1. II. 1929 eine Injektion in die rechten Nates von 2 cg Embial „Merck" (ein in einem dickflüssigen Öl gelöstes Wismutpräparat). Sofort nach der Einspritzung heftige Schmerzen; konnte nicht stehen. Es trat sogleich eine erhebliche Schwellung an der Einstichstelle (Hämatom?) auf. Radelte nach Hause, ging zu Bett. Die Nacht verlief schlaflos. Patient ging aber doch am nächsten Tage zur Arbeit. 2. II. 1929: Es zeigt sich das übliche Bild einer erheb-

Digitized by Google

lichen diffusen harten Schwellung der rechten Nates, lateral von der Einstichstelle mit blaßblau marmorierter Verfärbung an einer handflächengroßen Partie. Es kam zu keiner Abszeßbildung, nur zu einer oberflächlichen, unregelmäßigen Ulzeration auf der Haut, 8 × 2 cm groß, die mit einer glatten Narbe heilte. Nahm während des ganzen Krankheitsverlaufs mit einigen Beschwerden seine Arbeit wie gewöhnlich wahr. Die eigentlichen Schmerzen dauerten 2—3 Tage, er war aber 2—3 Wochen lang steifbeinig. Am 4. III. war nur eine glatte Narbe noch zu sehen. Keine Infiltration in der Tiefe zu fühlen.

Die besprochenen Fälle waren in ihrem Auftreten sehr launenhaft. Sie zeigten sich fast ausschließlich bei Männern und nur in einer bestimmten Poliklinik, dagegen nicht an zwei anderen Kliniken, wo dieselben Mittel und die gleiche Technik angewendet wurden. Es ist nicht auszuschließen, daß der Umstand, daß das verwendete Wismutpräparat in Wasser aufgeschwemmt war, die Gefahr des Infarkts durch seine Leichtflüssigkeit erhöhte, ein Umstand, der übrigens für die schnelle Verteilung und regelmäßige Absorption des in ihm enthaltenen Wismuts von großem Wert ist. Andererseits ist sicher auch diese Leichtflüssigkeit die Ursache dafür, daß die aufgetretenen Infarkte so klein und so wenig kompakt waren.

Jedoch, mag man nun das eine oder das andere Präparat gebrauchen und mag das eine eher wie das andere Neigung zur Infarktbildung zeigen, der Infarkt ist und bleibt eine, wenn auch seltene, so doch immer unbehagliche Komplikation, wenn sie auch selten eine direkte Lebensgefahr bedeutet. Man stellt sich daher unwillkürlich die Frage: Gibt es nicht einen Ausweg, um diese unangenehme Komplikation definitiv zu vermeiden oder sie doch so weit zu reduzieren, daß sie niemals zu einer ernsten Belästigung führt. Auf diese Frage ist noch keine völlig zufriedenstellende Antwort erteilt worden. Sämtliche Autoren sind der Meinung, daß es unmöglich ist, sich ganz vor ihr zu schützen. Sie beschränken sich alle auf den Hinweis auf die alte, wohlbekannte, fundamentale Vorsichtsmaßregel, die bei jeder intramuskulären Injektionsbehandlung angewendet werden muß, daß man nämlich nicht injizieren darf, bevor man sich durch Aspiration usw. vergewissert hat, ob die eingestochene Kanüle nicht in einem Gefäßlumen liegt. Diese Verhaltungsmaßregel hat natürlich im selben Grad die Gefahr bei der intravenösen wie bei der intraarteriellen Injektion im Auge. Bei letzterer riskiert man Infarkte in der Haut, bei der ersteren kleine Infarkte in den Lungen, ein Krankheitsbild, das längst klassisch ist, von der Quecksilberbehandlung her unter dem Namen „Grippe mercurielle" bekannt und das man, ohne daß man die Ursache weiß, nach Injektionen von Kalomel oder Ol. cinereum besonders häufig sieht. Jedoch darüber sind sich alle einig, eine absolute Garantie gegen eine intravaskuläre Injektion bietet diese Vorsichtsmaßregel nicht.

Aber außer die Wichtigkeit zu betonen, die beregte Vorsichtsmaßnahme innezuhalten, hat keiner der betreffenden Autoren neue Vorschläge zur Verbesserung der Technik gebracht. Ich glaube jedoch hier den Vorschlag machen zu dürfen, **während der Injektion selbst die Injektionsnadel langsam zurückzuziehen.** Hierdurch wird man die Injektionsflüssigkeit auf einem gewissen Areal, und damit auch sein Risiko, verteilen. Liegt nämlich das Nadellumen nach dem Einstich der-

Digitized by Google

art, daß etwas Injektionsflüssigkeit während der Injektion in ein Gefäß hineingedrängt werden könnte, wird man sich durch langsames Zurückziehen davor sichern, daß mehr als ein ganz kleines Quantum in das betreffende Gefäß hineingepreßt wird. Und sollte man bei der Bewegung der Nadel ein zweites geöffnetes Gefäßlumen passieren, wird natürlich etwas auch in dieses hineingepreßt werden können, aber größere Mengen dürften das nie sein, und nur solche können gefährlich werden. Kleine Infarkte spielen keine Rolle, weil die Kollateralen die Gefäßversorgung in diesem Fall werden übernehmen können.

Seitdem ich vom Sommer 1928 an diesen Modus ganz konsequent inne halte, habe ich nur einen einzigen Fall von Infarkt (8) erlebt, und der war ganz leicht. Letzterer Umstand stützt, darf man wohl sagen, die hier vorgebrachten Betrachtungen ganz besonders. Dagegen hatte ich vor einigen Monaten wieder einen mittelschweren Infarkt (9), aber diesmal bei Anwendung eines in Öl gelösten Bi-Präparats, des deutschen „Embial". Dieses Öl war so dickflüssig, daß es die allergrößten Schwierigkeiten machte, es durch eine gewöhnliche Kanüle überhaupt hindurchzupressen. Es mußte eine sehr erhebliche Kraft bei der Injektion angewendet werden, und unter diesen Umständen war es unmöglich, die üblichen Verhaltungsmaßregeln innezuhalten. Aber hier glaubte ich — aber doch fehlerhafterweise —, daß man bei einem solchen Präparat von der Infarktgefahr ganz absehen (und annehmen) könnte, weil eine Lösung wie diese durch die Adern glatt hindurch fließen würde, ohne sie zu verstopfen. Das muß aber trotzdem geschehen sein, mochte das nun darauf beruht haben, daß das Öl an sich sehr dickflüssig war, oder daß Ausfällungen zustande gekommen waren, nachdem es mit dem Blut und mit der Gefäßwand in Berührung gekommen war.

Zusammenfassung

1. Der arterielle Wismutinfarkt in den Nates nach intramuskulärer Injektion ist keine ganz ungewöhnliche Komplikation. Es sind in der Zeit von 1924—1928 bis zu 50 Beobachtungen, überwiegend sehr schwere Fälle, mitgeteilt worden.

2. Es wird über 9 Fälle von Infarkt berichtet, die vom Verfasser unter etwa 20000 Injektionen beobachtet wurden. Zwei dieser Fälle waren mittelschwere, die übrigen leichtere oder sogar ganz leichte. Keiner hinterließ irgend welchen dauernden Schaden.

3. Zur Verhütung wird die Vornahme der Injektion in der Weise empfohlen, daß man sich erst wie üblich überzeugt, daß sich nach dem Einstich der Kanüle bei Aspiration kein Blut in der Spritze zeigt, dann aber weiter, während der Einspritzung selbst, die Kanüle langsam etwas zurückzieht, um damit die Masse des zu Injizierenden und damit das Risiko zu verteilen, daß wismuthaltige Flüssigkeit in ein lädiertes Blutgefäß hineingepreßt werden könnte. Injektion kleiner Flüssigkeitsmengen macht kaum lästige Infarkte, hierzu ist sicher eine Injektion recht bedeutender Quantitäten in den betreffenden Arterienast erforderlich. Diese Verhaltungsmaßnahme war nach des Verfassers Erfahrung in der ganzen Zeit, in der sie konsequent durchgeführt wurde, wirksam.

Digitized by Google

Versammlungen

Wiener Dermatologische Gesellschaft

Sitzung vom 23. Mai 1929

Vorsitzender: Schütz Schriftführer: Konrad

Fessler: Keratoma palmare et plantare hereditarium.

2jähr. Kind. In der Familie bisher nicht vorgekommen.

Geiger: Granuloma anulare.

16jähr. Mädchen, Krankheitsbestand 2 Jahre. An Streckseiten der Finger typische Herde. Im Anschluß an Probeexzision Abflachung sämtlicher Herde. Histologisch: Streifenförmige Bindegewebsnekrosen mit peripherem Infiltrat aus Lymphozyten und Epitheloiden.

Remenowsky: Multiple disseminierte Sklerodermie.

58jähr. Frau. An den unteren Extremitäten 15 Herde von Kirschkern- bis Handtellergröße in verschiedensten Entwicklungsstadien, von einfach entzündlichen bis tiefgreifenden beinharten Herden. Einer davon weist (angeblich nach Trauma) eine zweifache torpide Geschwürsbildung auf.

Oppenheim: Dermatitis atrophicans an gekreuzten Extremitäten. Fibromentwicklung.

48jähr. Frau. Rechter Handrücken und Vorderarm weisen typische atrophische Veränderung auf, ebenso die linke untere Extremität vom Knie abwärts. Überall noch hellrote Stellen. Am rechten Olekranon zwei derbe, über erbsengroße, gelblich durchscheinende Knoten. Exzessiver Dermographismus.

Arzt: 1. Naevus atrophicans unilateralis comedonicus.

30jähr. Mann. Hautveränderung seit Geburt. Über der rechten seitlichen Stirnpartie und Wange zeigt die Haut in plaquesförmiger Anordnung entlang des Nasenrückens in der Medianlinie strichförmige Atrophie. Atrophische Partien siebartig durchlöchert von stecknadelspitz- bis kleinstecknadelkopfgroßen Einziehungen, die großenteils mit bräunlichem Hornpfropf ausgefüllt sind. Die streng halbseitige Affektion erstreckt sich bis in das Kapillitium etwa 2 Querfinger weit von der Stirnhaargrenze und reicht im Bereiche des Kapillitiums bis zu 2 Querfinger weit von der Medianlinie. Histologisch: Follikeltrichter mächtig erweitert, von geschichteten Hornpfröpfen und Talgmassen ausgefüllt, vom Boden des Follikels reichen schmälere und breitere, stellenweise fingerförmig ausstrahlende epitheliale Zapfen in die Kutis. Diese zum Teil solid, zum Teil umschließen sie eine oder mehrere mit Hornmassen erfüllte Höhlen. Epidermis verschmälert, geradlinig gegen die locker gefügte Kutis begrenzt.

2. Naevus sebaceus.

17jähr. Mädchen. Hautveränderung seit 5 Jahren. Auf von Komedonen durchsetzter Gesichtshaut in der Jochbeingegend rechts drei unregelmäßig begrenzte, aus hanfkorngroßen Knötchen von schmutzig bräunlicher Farbe zusammengesetzte Herde, mit festhaftenden Krusten bedeckt. Histologisch: Papillärer Bau der Oberfläche, in den zwischen den papillären Vorsprüngen ausmündenden erweiterten Follikelöffnungen Talgmassen, ebenso in den papillären Exkreszenzen dicht beisammenliegende Talgdrüsenanhäufungen und kleinzellige Rundzelleninfiltrate.

Fuhs: 1. Varizellen beim Kinde nach Zoster lumbalis der Mutter.

27jähr. Frau. Vor 2 Wochen in der rechten Lendengegend Auftreten eines Zosters, derzeit involviert. Vor 6 Tagen bei dem bis dahin gesunden 4jähr. Kinde der Frau Störungen des Allgemeinbefindens, erhöhte Temperatur; am Tage darauf eine typische Varizelleneruption.

2. Livedo reticularis.

19jähr. Frau. Beginn vor 10 Monaten. Derzeit an den unteren Extremitäten bläulichbraunrote Flecken und Streifen in der netzförmigen Zeichnung der Cutis marmorata. Histologisch: In den oberen Kutisanteilen bloß erweiterte Kapillaren mit spärlichen Rundzelleninfiltraten.

3. Kosmetisch störende Narben nach Gesichtsfurunkeln.

15jähr. Patientin mit unschöner, strichförmiger, hypertrophischer Narbenbildung nach inzidierten Gesichtsfurunkeln. Im Falle der Eröffnung von Furunkeln sollten besser feinste Stanzen angewendet werden. Zur Besserung wird Radium empfohlen.

Digitized by Google

Busch: 1. Xanthoma tuberosum multiplex.

50jähr. Frau. Diabetikerin, seit 6 Wochen an Ellbogen und Knie hirsekorn- bis erbsengroße, gelblich-rötliche Knötchen. Biopsie: im Zentrum freiliegende Cholesterinmassen. In einem anderen Knötchen die Xanthommassen von einer starken Bindegewebskapsel eingeschlossen. Cholesterinämie nicht sichergestellt.

2. Morbus Bowen.

56jähr. Frau, seit 5 Wochen bis linsengroße, rote, glatte, halbkugelig derbe Knötchen, an der Innenfläche der Labien, die Ähnlichkeit mit Papeln haben.

Oppenheim: 1. Dermatitis atrophicans mit Akrofibromatose.

56jähr. Posamentierer. In der rechten Olekranongegend, reihenweise, der Ulna entsprechend haselnußgroße, derbe, bläuliche und gelbliche Knoten, Kutis teils fixiert, teils verschiebbar. Seitwärts vereinzelte Fibrome. Über dem linken Olekranon zwei Knoten.

2. Verätzung durch Kunstdünger.

18jähr. landwirtschaftlicher Arbeiter. Am rechten Vorderarm schillinggroße, unregelmäßig konturierte, ziemlich tiefe Substanzverluste, mit scharf geschnittenen Rändern, ohne Entzündungserscheinungen, teils mit schwarzen, sukkulenten Schorfen bedeckt. Die kleinsten erbsengroß. In ihrer Umgebung weißliche, harte Knötchen sowie kleine, kraterförmige, weißliche Ringe. Der rechte Handrücken ist teils diffus, teils umschrieben warzig verändert. Daselbst einige rhagadiforme und lochförmige Substanzverluste.

Fessler: Lupus follicularis disseminatus.

Busch: Antipyrinexanthem.

44jähr. Mann, auf Antipyrinpulver jedesmal an Skrotum, Penis und Vorderarm scheibenförmige und ringförmige Erythemherde, die mit bläulichgrauer Pigmentierung abheilen.

Kerl: Narbenbildung nach einem schweren ulzerösen Prozeß der Haut.

Bereits 13. XII. 1928 gezeigt. Es wurde Pemphigus ulcerosus, Nosokomialgangrän und Diphtherie erwogen. Nach Aufenthalt im Wasserbett Heilung. Bakteriologische Untersuchung ergab kein Resultat. Am Oberkörper sind die Narben gestrickt und zeigen bürzelförmige Auswüchse, am Unterschenkel ist die Narbe von einem dichten Gefäßnetz durchzogen. Einzelne der Gefäße sind federkielstark.

Konrad: Ichthyosis palmaris durch Buckys Grenzstrahlen gut beeinflußt.

Bei dem am 14. III. 1929 vorgestellten Falle konnte linkerseits nach zweimaliger Bestrahlung mit Buckye Grenzstrahlen mit einer Dosis von 400—500 R einer Strahlenqualität HWS = 0,34 mm in Cellon deutliche Besserung erzielt werden, während Röntgenbestrahlung des rechten Handtellers erfolglos blieb. Auffallend ist die nach Bucky-Bestrahlung auftretende starke Hypersekretion des linken Handtellers, während die rechte Palmarpartie Trockenheit aufweist.

Königstein: 1. Rein epitheliale Überempfindlichkeit der Haut gegen Arsen.

Eine 32jähr. Frau zeigt am rechten Oberarm einen fingerbreiten, 10 cm langen, erhabenen, rotbraunen Streifen, der sich nach einer Natr.-kakodyl.-Injektion an den Stichkanal anschließend, gebildet hat. 29 Injektionen waren reaktionslos verlaufen, während bei der 30., bei der ein Teil über die Hand floß, die gleiche Reaktion sich wiederholte. Sehr deutliche Entzündung auf Natr.-kakodyl.-Auflage.

2. Überempfindlichkeit gegen Askariden (Moulage).

Mädchen, das unter Fieber an einem erysipelartigen Ausschlag des Gesichts erkrankte. Allmähliche Ausbreitung über Extremitäten und Stamm. Jetzt neben roten Flecken zahllose Blasen und Blutungen. Die anfängliche Diagnose Lupus erythematodes acutus wird zurückgenommen. Sektionsergebnis negativ, eine ungewöhnlich große Menge von Askariden im Darm.

Urbach: 1. Epidermale und epimuköse Spargeldermatitis.

„Gemüslerin" einer Hotelküche weist nach Abschälen von Spargel ein diffuses, nässendes Ekzem in der linken Ellenbeuge und am linken Unterarm, am rechten Handrücken und an der der Unterlippe angrenzenden Kinnhaut auf. Epidermale Auflagen von Spargelschaft und -kopf ergeben eine starke, streng begrenzte, bläschenförmige Dermatitis, desgleichen eine solche bei Anpressen von Spargel auf die Gaumenschleimhaut. Patientin gibt auch an, beim Essen von Spargel daselbst öfters Bläschen und Juckreiz beobachtet zu haben. Demgegenüber ist sehr bemerkenswert, daß von der Magen- und Darmschleimhaut Hautentzündungen oder allergische Magen-Darmsymptome nicht ausgelöst werden können.

Digitized by Google

2. Generalisierte chronisch entzündliche Infiltration der Haut und Muskulatur.

20jähr. Patientin, Ende 1926 Trockenheit und Schuppung der Haut. Schwellungen der Beine und Arme, rotviolette Flecke am Körper, die z. T. persistierten, z. T. verschwanden. Bei Aufnahme fiel die Mächtigkeit der Arme auf. Das klinische Bild war wechselnd: auf poikilodermieartiger Haut fanden sich hellrote, urtikarielle Effloreszenzen, mit Borken bedeckte Papeln, erhabene, derbe, violette Flecke und streifenförmige Blutungen. Allgemein harte, indolente Drüsen. Die Sehnen der Hand- und Fußstrecker wiesen rosenkranzartig derbe Einlagerungen auf. Milz vergrößert, hart. Scham- und Achselhaare fehlend. Erythrozyten 4200000, Sahli 67, F. J. 0,79, Thrombozyten 110500, Leukozyten 12000, davon segmentkernige Neutrophile 33%, stabkernige Neutrophile 2%, Eosinophile 11,5%, Basophile 0,75%, Monozyten 14,25, Lymphozyten 38,25%, Grundumsatz: + 41%, Biopsie: in Schnitten von papulösen Effloreszenzen, wie in der poikilodermieähnlichen Haut, von einem uniformen, lymphozytären, bandförmigen Infiltrat durchsetzt, besonders um Gefäße und Drüsen. Zwischen diesen Zellen finden sich größere, mit hellem Protoplasma, die Histiozyten entsprechen dürften. Um die Drüsen kleine Lymphozyten, daneben Eosinophile und Plasmazellen. Besonders bemerkenswert erscheint die Ausbreitung des Infiltrationsprozesses auf die Muskulatur. Dies ist vielfach atrophiert, mit Rundzellen infiltriert und weist Fremdkörperriesenzellen auf. Unter Röntgentotalbestrahlung sinkt die Leukozytenzahl auf 3800, gleichzeitig steigt die Monozytose vorübergehend auf 32%, die Eosinophilie auf 15%. Milz und Drüsen bilden sich zurück, die Hauterscheinungen dagegen bleiben unverändert. Klinisch gehört der Fall am ehesten in die Gruppe der leukämischen ekzematisierten Erythrodermien mit der Einschränkung, daß der Juckreiz in unserem Falle ganz fehlte und das Gesicht ausgespart ist. Histologisch ist myeloische Leukämie ausschließbar, auch Mycosis fungoides; Drüsenbild und Lymphozyten sprechen gegen Lymphogranulomatosis. Am ehesten wäre lymphatische Leukämie zu erwägen. Die Diagnose Dermatomyositis chronica, unter der Königstein seinerzeit den Fall vorstellte, wird abgelehnt.

Matras: Papulo-nekrotische Tuberkulide.

28jähr. Frau. Bestand 5 Jahre. An den unteren Extremitäten, ferner Nates und Stamm linsengroße, blaurote krustenbedeckte Knötchen bzw. weiche, imprimierte Narben. Histologisch: eine die Kutis durchsetzende Nekrose, Epidermis darüber abgehoben, in den Randpartien neben leukozytärer Durchsetzung dichte, vorwiegend um Gefäße und Haarfollikel angeordnete lymphozytäre Infiltrate, nur stellenweise Anhäufung von epitheloiden Zellen.

Wiedemann: Naevus anaemicus.

Konrad: Favus herpeticus.

Arzt: Mycosis fungoides im infiltrativen Stadium.

63jähr. Frau. Beginn 1926, ohne Erfolg röntgenbestrahlt, vorgestellt 22. XI. 1928 als ekzematöses Vorstadium. Damals neben universeller Rötung teils verkrustete Plaques und Lymphdrüsenschwellung. Derzeit Rötung und Schwellung sowie schillinggroße, derb infiltrierte Herde, vorwiegend an den Extremitäten. Blutbild: Mäßige Leukopenie. Histologisch: Mächtige Akanthose, Infiltrat im Papillarkörper und subpapillären Stratum, linear gegen die Kutis zu abschneidend, der Hauptsache nach Lymphozyten, Plasmazellen und eosinophile Leukozyten, daneben große Zellen mit plumpen, chromatinreichen Kernen.

Fuhs: Erythema nodosum mit wechselnder Tuberkulinempfindlichkeit.

5jähr. Mädchen. Vor 4 Wochen Erythema nodosum an den unteren Extremitäten, derzeit involviert. Röntgenbefund der Lunge: Hilusschatten beiderseits, besonders links vermehrt. Pirquet-R. 4 Tage nach dem Auftreten der Effloreszenzen am linken Oberarm stark positiv, 2 Wochen später am rechten Oberschenkel schwach positiv, 9 Tage später am linken Oberschenkel stark positiv. Bemerkenswert das An- und Abschwellen der Pirquet-R. bzw. des allergischen Verhaltens der Haut gegenüber Tuberkulin beim Erythema nodosum.

Riehl jun.: 1. Sclerodermia diffusa und Sklerodaktylie.

54jähr. Patientin, seit 25 Jahren typische Veränderung des Gesichts, der Arme und Hände, Unterschenkel und Füße, besonders Gaumen gelblichweiß, von Teleangiektasien durchsetzt, Zungenbändchen sehnig, glänzend und verkürzt.

2. Rezidivierendes, urtikariell-toxisches Erythem.

Digitized by Google

Matras: 1. Lupus erythematosus disseminatus mit Exazerbation unter H.S.-Bestrahlungen.

27jähr. Frau. Beginn vor 2 Monaten mit schuppenden Plaques im Gesicht und über dem Manubrium sterni. Nach auswärts vorgenommenen, wiederholten Erythembestrahlungen mit H.S. Aussaat frischer Herde in die belichteten Partien. Intern.: Apic. bil. obs., Pirquet: ++. Im Harn Porphyrin vermehrt.

2. Lupus erythematosus subacutus; Obduktionsbefund.

27jähr. Frau, demonstriert 24. II. 1929. Frische, lobulär-pneumonische Herde im rechten Unterlappen und parenchymatöse Degeneration der inneren Organe, sonst eine zarte anthrakotische Spitzennarbe im linken Oberlappen und schiefrig indurierte Hilusdrüsen. Keine tuberkulösen Veränderungen an den inneren Organen nachweisbar.

Fuhs: Atrophia cutis idiopathica unilateralis.

32jähr. Pat. Beginn der Affektion vor 6 Jahren. Der linke Handrücken zeigt typische Veränderungen. Das Serum baut nach der modifizierten Abderhaldenschen Methode Testis ab.

Referatenteil

Fachzeitschriften

The British Journal of Venereal Diseases

Juli 1929, Bd. 5, Nr. 3

Harrison, L. W.: Review of Experimental Research in Syphilis and its Possible Application to Man (Experimentalstudien zur Syphilis und die Möglichkeit ihrer Anwendung auf den Menschen). S. 173.

Das Erscheinen eines zweiten Schankers ist das beste Zeichen, daß die erste Infektion ausgerottet war. Das Nichtangehen einer zweiten Infektion (Anergie) braucht aber nicht auf Vorhandensein von Spirochäten im Gewebe zurückgeführt zu werden. Impft man Mäusen oder Kaninchen Spirochäten in die Testikel, so zeigen sich bei ersteren und einem kleinen Prozentsatz der letzteren keinerlei Krankheitserscheinungen, was auf einer besonderen Abwehrkraft des Organismus beruht. Bei Einführung von Spirochäten in Präputial- oder Konjunktivalsack oder beim Verkehr von Kaninchenböcken mit Weibchen, deren Vaginalsyphilom eben abgeheilt ist, kommt es zwar zur Infektion, aber ohne Bildung eines Primäraffekts. Völlige Immunität gegen neue Infektion ist durchaus nicht auf mangelhafte Ausheilung der ersten Erkrankung, vielmehr auf eine langsam sich entwickelnde Gewebsimmunität zurückzuführen. Eine ähnliche Immunität des Gewebes gegen Einimpfung oder Infektion kann auch durch einen bestimmten Gewebsgehalt an Wismut über Wochen oder Monate nach einer Wismutinjektion erreicht werden.

Hanschell, H. M.: The Problem of Venereal Disease in the Mercantile Marine (Geschlechtskrankheitsprobleme bei der Handelsmarine). S. 202.

Infolge Einführung von Gesundheitskontrollen bei allen größeren Dampfschiffslinien ist seit 1923 kein einziger Fall von seropositivem Schanker zur Beobachtung gekommen. Bei den Schiffsärzten ist zumeist genügend Kenntnis und Apparatur zur Behandlung von Go und L vorhanden; an Land sind obligatorische Untersuchungsstellen für Seefahrer vor der Ausreise einer Klinik für Hautkrankheiten angegliedert. Für Behandlungszentren mit der Möglichkeit klinischer Behandlung sollte in allen Häfen gesorgt werden. Gesundheitskontrolle vor jeder Anheuerung sollte auch bei den kleinsten Schiffahrtslinien obligatorisch sein.

Ross, A. O.: The Problem of the Treatment of Venereal Disease in the Mercantile Marine (Das Behandlungsproblem der Geschlechtskrankheiten bei der Handelsmarine). S. 210.

So gut für die Mannschaft der großen Schiffe gesorgt ist, die schon aus Respekt vor der drohenden Gesundheitskontrolle auf sich achtgibt, so wenig kümmerte man sich bisher um Unterbringung und Versorgung der Besatzungen kleinerer Schiffe. Zu ihrer Unterhaltung standen ihnen nur die Bars und Bordelle zur Verfügung. In Liverpool

Digitized by Google

besteht jetzt ein Seemannsheim mit 300 Betten, worin täglich Unterhaltungen und Vorträge stattfinden. Durch Bereitstellung billigen Quartiers, Billardsälen und Lesezimmern soll die Moral der Seeleute gehoben werden. In der dortigen Behandlungsstelle wurden 61% Go, 29% L und 10% weicher Schanker registiert. Besonders charakteristisch ist der weiche Schanker aus Pernambuko, der das ganze Frenulum und Umgebung während der Überfahrtszeit zerstört. Aus Holländisch-Indien kommen besonders oft Urethritiden mit reichlich grampositiven Kokken und Bazillen, die erst nach einer Inkubation von 4—6 Wochen auftreten.

Venereal Disease in the Mercantile Marine (Geschlechtskrankheiten bei der Handelsmarine). Diskussion. S. 220.

Es wird darauf hingewiesen, daß die Behandlung auf See immer Schwierigkeiten bietet und eine moralische Einwirkung auf Seeleute ziemlich aussichtslos sei. Das Hauptgewicht sei daher auf die Prophylaxe zu legen. Die British Shipping Federation habe kostenlose Verteilung von Aufklärungsschriften über Verhütung und Heilung der Geschlechtskrankheiten und Ausgabe von Verhütungsmitteln zum Selbstkostenpreis gefordert. Der große Prozentsatz von weichem Schanker ist auf die größere Verbreitung dieser Krankheit in ausländischen Häfen zurückzuführen, da die Krankheit sonst in England wenig verbreitet ist.

Brain, R. T.: Vaccinial Condylomata (Kuhpockenkondylome). S. 229.

Ein 9jähr. Mädchen erkrankt plötzlich an Pustelbildung an den Genitalien. Die Infektion mit Vakzine stammt von einer älteren Schwester, die 3 Wochen vorher mit Erfolg geimpft war und im selben Bett schlief. F. Rosenthal-Berlin.

The Urologic and Cutaneous Review

1929, Bd. 33, Nr. 8

Meagher, J. F. W.-Brooklyn, N. Y.: Homosexuality; Its Psychobiological and Psychopathological Significance (Homosexualität; ihre psychobiologische und psychopathologische Bedeutung). S. 505.

Darlegung der physischen Verhältnisse der Homosexuellen und der zur Entwicklung der Homosexualität führenden psychischen Ursachen; angeborene Homosexualität ist wesentlich seltener. Homosexuelle sind häufig verheiratet, es gibt Ehen, in denen beide Partner homosexuell sind. In der Ehe entstehen dadurch mannigfache Störungen. viele Fälle von anscheinender Frigidität sind dadurch zu erklären, ebenso auch gewisse Erscheinungen von Impotenz. Es können sich daraus weitergehende Psychosen entwickeln. Nicht selten sind mit der Homosexualität Perversionen verbunden. Eine Behandlung ist nur auf Grund eingehender psychischer Beeinflussung möglich.

Oberndorf, C. P.-New York City: Diverse Forms of Homosexuality (Verschiedene Formen der Homosexualität). S. 518.

Ausgehend von der im frühen Kindesalter als normal zu betrachtenden Bisexualität werden in der weiteren Entwicklung die mannigfachen Übergänge von dem gewissermaßen 100%igen Weibe zu dem 100%igen Manne geschildert. Dauernde und intermittierende Homosexualität, ihre Ursachen und therapeutische Beeinflußbarkeit. Beziehungen zur Sodomie und sonstigen Perversionen. Die Homosexualität muß als ein Krankheitsprozeß betrachtet und behandelt werden.

Rosanoff, A. J.-Los Angeles, California: Human Sexuality, Normal and Abnormal, from a Psychiatric Standpoint (Normale und abnorme menschliche Sexualität vom psychiatrischen Standpunkt). S. 523.

Von psychiatrischem Interesse sind verschiedene Äußerungen der Sexualität wie Erotizismus, Frigidität, Autoerotizismus und Masturbation, Fetischismus, Exhibitionismus, Sadismus, Masochismus, Sodomie, Nekrophilie, Homosexualität, die oft mit sexuellen Anomalien verbunden ist. Der im allgemeinen von der Gesellschaft der Homosexualität gegenüber eingenommene Standpunkt muß aufgegeben werden, sie bildet keine Gefahr. Geschlechtskrankheiten werden viel häufiger durch normalen Verkehr übertragen, auch außereheliche Schwangerschaft ist nur bei diesem zu befürchten. Auch das Bedenken, daß konstitutionell heterologe Personen in homosexuelle verwandelt werden können, besteht nicht, ebenso kommt das Umgekehrte nicht vor.

Digitized by Google

Osnato, M.-New York City: The Psychology and Psychotherapy of the Impotent (Die Psychologie und Psychotherapie der Impotenz). S. 530.

Impotenz bei geistig hochstehenden Personen kann dadurch von ihrem weiteren schädlichen Einflusse befreit werden, daß man den Betreffenden zum Ersatze andere, höhere, geistige und ethische Ziele setzt. Meist besteht jedoch die Gefahr, daß sich aus der Impotenz weitere psychische Störungen entwickeln. Zur Behandlung ist erforderlich, den Ursachen der Störung nachzugehen. Vor allem muß die Ehefrau das richtige Verständnis haben und mit vorübergehendem Sistieren sexueller Versuche einverstanden sein. Frigidität der Frau ist eine häufige Ursache, ferner narzißtische Fixation, homosexuelle Neigungen, gewohnheitsmäßige Anwendung konzeptionsverhütender Maßnahmen. Völlige Trennung ist hier zunächst erforderlich. Eingehende psychische Behandlung kann zum Ziele führen, versagt jedoch auch oft.

Gordon, A.-Philadelphia, Pennsylvania: Sexual Excesses in Relation to Nervous and Mental Diseases (Sexuelle Exzesse in Beziehung zu Nerven- und Geisteskrankheiten). S. 532.

Die weit verbreitete Anschauung, daß übermäßig ausgeübter Koitus oder Masturbation zu Nerven- und Geisteskrankheiten führen kann, läßt sich durch Beobachtungen an Kranken nicht bestätigen. Es kann dadurch höchstens wie durch andere Schädigungen zur Entwicklung neurasthenischer Zustände kommen. Die Hauptwirkung besteht in einer Reizung des Zentralnervensystems, die zu Ermüdung führt, wobei wahrscheinlich die Störung der inneren Sekretion der Genitaldrüsen eine Rolle spielt.

Owensby, N. M.-Atlanta, Georgia: Sexual Frigidity (Sexuelle Frigidität). S. 534.

Sexuelle Frigidität und Impotenz nehmen mit höherer Zivilisation zu, die zugrunde liegenden psychologischen Ursachen können in verschiedenen Ländern verschieden sein. Bei der amerikanischen Frau beruhen sie in erster Linie in der Enttäuschung vieler Frauen in der Ehe, in der der auf Verhütung einer Gravidität gerichtete Koitus es bei ihnen zu keiner genügenden geschlechtlichen Befriedigung kommen läßt. Schmerzen bei angestüm ausgeübtem Koitus tragen auch dazu bei, ferner die Unkenntnis der jungen Mädchen über die wirklichen Verhältnisse der Ehe, die dann häufig abstoßend wirken. Sexuelle Angelegenheiten liegen ihnen vor der Ehe vollkommen fern. Schlechte populäre Schriften erwecken bei jungen Leuten infolge der in ihnen geschilderten Gefahren der Masturbation die Furcht, in der Ehe impotent zu sein, und die dadurch gesetzten Hemmungen können Erscheinungen einer Impotenz vortäuschen. Alle solche Fälle müssen durch geeignete psychotherapeutische Maßnahmen bekämpft werden.

Wile, I. S.-New York City: The Dynamics of Marriage (Die Dynamik der Ehe). S. 537.

Aronstam, N. E.-Detroit, Michigan: The Well of Loneliness — An Impression (Die Quelle der Menschenscheu — ein Eindruck). S. 542.

Besprechung eines, eine weibliche Homosexuelle zum Vorwurf habenden Romans.

1929, Bd. 33, Nr. 9

Neill, W.-Baltimore, Maryland: Notes an Some Malignant Bladder Tumors Treated with Radium (Bemerkungen über einige mit Radium behandelte maligne Blasentumoren). S. 577.

An der Hand von 12 Fällen wird gezeigt, daß die Anwendung von Radium in geeigneter Form allen anderen Behandlungsmethoden überlegen und mit sehr geringen Beschwerden für den Kranken verbunden ist. In weit vorgeschrittenen Fällen ist begründete Hoffnung auf Besserung und Verlängerung des Lebens gegeben.

Nichols, B. H.-Cleveland, Ohio: Roentgenographical Diagnosis of Diseases of the Ureter (Röntgenologische Diagnose von Erkrankungen des Ureters). S. 579.

Die Beurteilung krankhafter Zustände des Ureters wird durch normalerweise wechselnde Befunde der Ausdehnungsfähigkeit und Sensibilität erschwert, wodurch spastische Zustände Strikturen vortäuschen können. Solche können besonders durch Traumen bei der Untersuchung ausgelöst werden; es sind dann mehrere aufeinander folgende Röntgenogramme erforderlich. Die röntgenologische Untersuchung kommt in Frage bei Anomalien (Verdoppelung, anormale Lagerung, kongenitale Erweiterungen und Krümmungen), Steinen (wobei auf mögliche Verlagerungen des Ureters Rücksicht genommen werden muß), die aber durch sehr geringe Größe und ihre chemische Zusammensetzung sich dem röntgenologischen Nachweise entziehen können, Tumoren (gewöhnlich Karzinome, Papillome), Infektionen.

Digitized by Google

Heyn, W.-Berlin: Stereoscopic Pyelography (Stereoskopische Pyelographie. S. 587.

Nach Füllung mit Kontrastsubstanz werden möglichst schnell hintereinander zwei Aufnahmen gemacht, wobei die Röntgenröhre in einer dem Abstande der Augen voneinander entsprechenden Entfernung verschoben wird. Die stereoskopische Röntgenuntersuchung gewährt die größte Sicherheit bei der Untersuchung normaler und krankhafter Zustände der Blase, der Ureteren und des Nierenbeckens.

Abeshouse, B. S., und A. E. Goldstein-Baltimore, Maryland: Renal and Urethral Roentgenography During Operation (Röntgenuntersuchung von Niere und Ureter während der Operation). S. 590.

Die Untersuchung während und nach Beendigung der Operation ist von Wichtigkeit, um die vollständige Entfernung von Steinen und Bruchstücken derselben zu gewährleisten. Unmittelbar vor der Operation muß auch ein Bild aufgenommen werden.

Manges, W. F.-Philadelphia, Pennsylvania: Advantages of Pyeloscopy (Vorteile der Pyeloskopie). S. 593.

Darlegung der Vorzüge der Röntgenuntersuchung nach Einspritzung undurchsichtiger Flüssigkeiten.

Sittenfield, M. J.-New York, N. Y.: Practical Value of Radium in the Treatment of Cancer of the Cutaneous Tissues (Praktischer Wert des Radiums bei der Behandlung von Krebs des Hautgewebes). S. 597.

Die Radiumbehandlung ist für den Hautkrebs von größter Bedeutung; für den Erfolg kommt es nicht so auf das klinische Bild und das mehr oder weniger maligne erscheinende Aussehen wie auf die Radiosensibilität an. Diese ist abhängig von der Anwesenheit von Zellen mit schneller Vermehrung und lebhaftem Stoffwechsel sowie reicher Blutgefäßentwicklung des Gewebes. Daher zeigen sich Geschwülste mit jugendlichen Zellen und reichlichem Bindegewebe, die klinisch geringe Progression aufweisen, radioresistent.

Bancroft, L.-Los Angeles, California: The Selective Action of Radium (Die selektive Wirkung des Radiums). S. 600.

Die selektive Wirkung des Radiums ist besonders am Hoden nachweisbar, bei dem das interstitielle Gewebe von der Bestrahlung nicht angegriffen wird. Die sterilisierende Wirkung wird besser durch länger ausgedehnte als durch stärkere Bestrahlung von kürzerer Dauer erzielt, weil von der Bestrahlung besonders die in Teilung begriffenen Zellen betroffen werden und man bei länger ausgedehnter Bestrahlung größere Aussicht hat, mehr in diesem Zustande begriffene Zellen zu treffen. An der Haut ist das Epithel und besonders die untere germinative Zellschicht empfänglich, ferner die Haarfollikel, die Talg- und Schweißdrüsen, dann Bindegewebe, Nerven. Die verschiedene Empfindlichkeit der verschiedenen Zellen spielt bei der Behandlung von malignen Geschwülsten eine Rolle.

Sibley, W. K.-London: High Frequency Currents in the Treatment of Diseases of the Skin (Hochfrequenzströme bei der Behandlung von Hautkrankheiten). S. 601.

Kurzer Überblick über das bekannte Anwendungsgebiet der Hochfrequenz in der Dermatologie.

Perkins, Ch. W.-Port Chester, New York: Naevus verrucosus (Ichthyosis Hystrix): X-Ray Treatment (Naevus verrucosus [Ichthyosis hystrix]: Röntgenbehandlung). S. 602.

Die bei dem 12jähr. Mädchen seit dem zweiten Lebensmonat bestehende Affektion von typischem Aussehen erstreckte sich hinter dem rechten Ohr bis zur Haargrenze und abwärts bis zum Nacken und der Schulter. Nach verschiedenartigen erfolglosen Behandlungen wurde durch mehrere Monate fortgesetzte Röntgenbehandlung vollkommene Heilung erzielt.

Kolischer, G.-Chicago, Illinois: The Reticulo-Endothelial System in Its Relation to Practical Medicine (Das retikulo-endotheliale System in seinen Beziehungen zur praktischen Medizin). S. 604.

Gron, K.-Ullevaal, Norwegen: Nickelplater's Rash (Nickel-Dermatitis). S. 606.

Von den in einer Fabrik beschäftigten Arbeitern erkrankten ungefähr 50% bei einigen traten Rezidive auf; die Arbeiterinnen, die allerdings nicht direkt mit dem Nickelbade in Berührung kamen, erkrankten nicht. Die Erscheinungen waren die gewöhnlichen. Bei einigen Personen fand sich eine sonst nicht beschriebene Stomatitis und Gingivitis sowie Rötung und Schwellung des Gaumens. Für das Befallenwerden

Digitized by Google

scheint eine gewisse Disposition erforderlich zu sein. Die zum Schutze gegen die Erkrankung empfohlenen Einfettungen werden von den Arbeitern gewöhnlich abgelehnt.

Rabut, R., und Guex, J.-Paris: Burn by Carbolic Acid Dressing; Subsequent Application of Corrosive Sublimate and Intoxication by Mercury (Verbrennung durch Umschläge mit Karbolsäure; nachfolgende Anwendung von Sublimat, Quecksilberintoxikation). S. 609.

Bei zwei Patientinnen, Mutter und Tochter, waren wegen Hundebisses Umschläge, anscheinend mit Karbolsäure, gemacht und diese dann mit Sublimat feucht erhalten worden. Bei beiden Patientinnen waren die betroffenen Arme ödematös, im Umfange der Umschläge die Haut gespannt, glatt, glänzend, mit Pusteln und nekrotischen Stellen. Außerdem Erscheinungen einer Quecksilberintoxikation in Form von Stomatitis, Enteritis und Albuminurie, an der die Tochter, bei der die Umschläge einen größeren Umfang gehabt hatten, im Verlaufe von 3 Tagen zugrunde ging. Von der zunächst durch die Karbolsäure geschädigten Haut war, obwohl deren Umfang nicht übergroß war, die massige Resorption des Quecksilbers erfolgt.

Zeiss, L.-Bad Wildungen: Lithotripsy and Evacuation under Control of the Eye. (Demonstration of a Cystoscopic Evacuator) (Lithotripsie und Evakuierung unter Kontrolle des Auges. [Demonstration eines zystoskopischen Evakuators]). S. 610.

Beschreibung und Abbildung des Apparates, mit dem der ganze Vorgang der Lithotripsie und Litholapaxie unter Kontrolle des Auges vorgenommen werden kann, so daß die Gefahr beseitigt ist, daß Steintrümmer in der Blase zurückbleiben.

Carroll, G.-St. Louis, Missouri: A Prostatic Electric Heater (Ein elektrischer Prostataheizer). S. 612.

Der Apparat ist so eingerichtet, daß die Erwärmung nur in dem der Prostata anliegenden Abschnitt stattfindet. Durch einen damit verbundenen Rheostaten läßt sich die Temperatur regulieren.

1929, Bd. 33, Nr. 10

Legueu, F.-Paris: Traumatic Rupture of the Ureter (Traumatische Ruptur des Ureters). S. 649.

Die Rupturen des Ureters sind charakterisiert durch die langsam sich entwickelnde Ansammlung von Harn in der Lumbalgegend, während bei Kontusionen der Niere sich sehr schnell ein Blutextravasat bildet. Zeichen einer Infektion fehlen dabei zunächst, wenn nicht etwa schon vorher eine Harninfektion bestand. Therapeutisch kommt bei den Ureterrupturen gewöhnlich nur die Nephrektomie in Frage, da für eine Naht der Zeitpunkt, zu dem die Verletzung zur Behandlung und Diagnose kommt, ein zu später ist.

Mathè, Ch. P.-San Francisco, Cal.: The Relief of Certain Types of Prostatic Obstructions by Electro-Cautery (Die Beseitigung gewisser Formen der durch die Prostata bewirkten Harnstauungen durch den Elektrokauter). S. 652.

Für die Tunnelierung der Prostata mit dem Elektrokauter sind die Hypertrophien des mittleren Lappens, die ringförmigen Hypertrophien, die auf Sklerose beruhenden Atrophien geeignet; ferner auch frühe Stadien von Hypertrophie des mittleren und der seitlichen Lappen und Fälle mit schlechtem operativem Risiko. Der Eingriff kann unter lokaler Anästhesie vorgenommen werden, die allgemeine Reaktion danach ist sehr gering, keine Mortalität, Komplikationen selten. In einzelnen Fällen waren wiederholte Kauterisationen erforderlich. Die Prostatektomie bleibt für Fälle mit beträchtlicher Vergrößerung der Drüse vorbehalten.

Farbach, H. J.-Louisville, Kentucky: Urinary Obstruction from Benign Prostatic Enlargement. A Plea for Conservative Treatment (Harnverhaltung durch gutartige Vergrößerungen der Prostata. Verteidigung der konservativen Behandlung). S. 658.

Es ist nicht notwendig und auch nicht im Interesse der Patienten gelegen, alle Fälle von Prostatahypertrophie zu operieren, da man oft das gleiche und sogar bessere Erfolge erzielen kann, ohne die Patienten den Gefahren einer Operation auszusetzen. Die Erfahrungen mit der zweizeitigen Operation zeigten, das oft nach der vorbereitenden Periode schon eine wesentliche Besserung der Beschwerden eingetreten war. Regelmäßiges Katheterisieren und unter Umständen suprapubische Drainage genügt häufig, um die Retention zu beseitigen, damit geht auch der Harndrang und sonstige örtliche und allgemeine Erscheinungen zurück. Auch eine Verkleinerung der Prostata scheint einzutreten. Das Verfahren kommt natürlich nur bei gutartigen Vergrößerungen in Frage.

Digitized by Google

Barnes, R. W.-Los Angeles, Cal.: The Congested Prostate and Vesicles (Die Kongestionen der Prostata und der Samenblasen). S. 661.

Die Kongestionen der Prostata und der Samenblasen werden häufig übersehen, da das Sekret der Drüse keine pathologischen Bestandteile zu enthalten braucht, oder sie werden fälschlich für Prostatitiden gehalten. Ihre gewöhnliche Ursache sind Unregelmäßigkeiten des Geschlechtsverkehrs, zu häufige Ausübung, Coitus interruptus, zu häufig ausgeübte Masturbation. Die meist damit verbundene Beteiligung des gesamten Nervensystems bedingt sehr verschiedenartige Symptome. Gewöhnlich führt Regelung der Geschlechtstätigkeit Heilung herbei, in schwereren Fällen ist außerdem Prostatamassage, Sonden, Instillationen in die hintere Harnröhre, Kauterisationen des Kollikulus erforderlich, auch intramuskuläre Fremdkörpereinspritzungen wirken günstig.

Cutler, I. H.-Louisville, Kentucky: Varied Problems of Prostatic Obstruction (Verschiedene Probleme der durch die Prostata verursachten Harnverhaltung). S. 662.

Männer im Alter über 50 Jahre sollen regelmäßig auf etwa beginnende Prostatahypertrophie untersucht werden, es können dann durch geeignetes Verhalten, Vermeidung von Kongestionen, Entleerung der Blase, die Erscheinungen des Prostatismus vermieden werden. Bei dem Entschluß zur Operation müssen die Gefahren der Prostatektomie gegen die Möglichkeit, durch palliative Mittel eine gleiche Lebensdauer des Patienten in geeignetem körperlichem Zustande zu erreichen, gegeneinander abgewogen werden. Neben der Prostatektomie kann auch die Tunnelierungsmethode in Frage kommen.

Bandel, R.-Nürnberg: Imperial Census of Venereal Diseases for 1929 (Reichszählung der Geschlechtskrankheiten für das Jahr 1929). S. 665.

Bericht über die in Deutschland im Jahre 1927 veranstaltete Zählung der Geschlechtskranken nach dem in der Dezembernummer 1928 des Reichsgesundheitsblattes erschienenen Berichte. (In der Überschrift heißt es wohl irrtümlich 1929 anstatt 1927. Ref.)

Bisher, W.-New York, N. Y.: Non-Surgical Diathermy in Urology. Technique and Case Reports (Nichtchirurgische Diathermie. Technik und Bericht von Fällen). S. 669.

Die nichtchirurgische Diathermie verwendet Temperaturen von 38° C aufwärts bei 500—1000 mA und 30 Minuten Dauer. Es wurden sehr gute Erfolge bei Prostatitis, akuter Epididymitis (für die die Methode spezifisch ist) und chronischer Blennorhoe der Anterior erzielt. Es wird eine aktive Hyperämie erzeugt, die Gonokokken bei 42.5° C abgetötet.

Russel, H. P.-Boston, Mass.: Nephrolithiasis. S. 670.

Im wesentlichen referierende Übersicht über die Theorien (chemische, bakteriologische, mechanische oder anatomische), die Pathologie, die besonderen Erscheinungsformen in dem Auftreten, das Schicksal und das eventuelle Wiederauftreten der Nierensteine nach ihrer Entfernung

Ferrè, G.-Boston, Mass.: Hydronephrosis: Its Relation to Abnormal Renal Circulation (Hydronephrosis: ihre Beziehung zu abnormer Nierenzirkulation). S. 678.

Bei Hydronephrose finden sich häufig akzessorische Gefäße, die den Harnabfluß durch den Ureter stören können, doch sind die Ansichten der Autoren in dieser Beziehung noch nicht geklärt. Die akzessorischen Gefäße finden sich gewöhnlich auf der rechten Seite, und zwar doppelt so häufig bei Frauen wie bei Männern. Der Zustand kann ein intermittierender sein.

Pollock, R.-New York, N. Y.: A Grasping Forceps for Operation for Circumcision (Eine Greifzange für die Zirkumzision). S. 681.

Die (abgebildete) Zange soll verhindern, daß die Hände des Assistenten bei der Operation in störende Nähe des Operationsfeldes kommen.

Smith, J. F.-Glasgow: A Simple Method for the Treatment of Early Basal-Celled Epithelioma (Eine einfache Methode für die Behandlung des frischen Basalzellenepithelioms). S. 681.

Nach örtlicher Anästhesierung wird die Neubildung mit einem scharfen Löffel kräftig ausgekürettiert und auf die Wunde ein Kohlensäurestift eine Minute lang aufgedrückt. Es tritt für 1—2 Tage starkes Ödem ein, dann schnelle Heilung unter Borsalbe oder Umschlägen mit essigsaurer Tonerde. 116 Fälle von Ulcus rodens wurden auf diese Weise geheilt, davon 10 durch zweimalige Behandlung. E. Levin-Berlin.

Digitized by Google

Bücherbesprechungen

Genner, V.-Kopenhagen: Etudes cliniques sur La Pélade. Mit 30 Abbildungen. Verlag von Levin & Munksgaard, Kopenhagen 1929.

In dieser umfassenden Monographie, welche zahlreiche eigene Beobachtungen enthält und in eingehender Weise die Literatur berücksichtigt, sucht der Autor das Problem der Alopecia areata zu lösen. Die Infektionstheorie, die dental-reflektorische Theorie Jaquets, die ätiologische Bedeutung der Lues wird zurückgewiesen. Bemerkenswert ist, daß der Verf. regionäre Lymphdrüsenschwellung so, daß sie in engen Zusammenhang mit dem Leiden zu bringen wäre, eigentlich nicht konstatiert hat. Aus der Koinzidenz mit anderen nervöven Erscheinungen der Kranken, auf der Basis der Thalliumexperimente des Ref., gleichzeitigem Vorkommen von Nageldystrophien, Vitiligo u. a. m. neigt der Verf. zu der Auffassung, daß Störungen im endokrin-sympathischen System dem Leiden zugrunde liegen. Die Allgemeinbehandlung hat keinen besonderen Wert, lokal ist Hyperämisierung der Haut wesentlich von Bedeutung. Die differentielle Diagnose wird erörtert. Jedem für den Gegenstand Interessierten kann die fleißige, kritische Monographie empfohlen werden. A. Buschke-Berlin.

Frei, W.-Berlin: Gonorrhoe. (Sonderdruck a. d. Neuen Dtsch. Klinik, 1929, Bd. 4, Lfg. 17/18.) Verlag von Urban & Schwarzenberg, Berlin 1929.

Die Arbeit W. Freis bringt eine Zusammenstellung unseres Gesamtwissens über die Blennorhoe. In dem knappen Raum von 75 Seiten ist alles enthalten, was der Praktiker über diese Krankheit wissen muß. Mit am wichtigsten erscheint uns sein Hinweis, daß die Ergebnisse der Kulturuntersuchung auch für den Praktiker für die Diagnose der Gonorrhoe der Frau und der chronischen Blennorrhoe des Mannes von grundlegender Bedeutung sind. Selbst bei 10facher Wiederholung mikroskopischer Untersuchungen bei der Frau bleibt immer noch ein Satz von 10% übrig, bei denen ohne Kulturuntersuchung die Diagnose nicht gestellt worden wäre. Ähnlich liegen die Verhältnisse bei der chronischen Blennorrhoe des Mannes. Bei etwa 4—5% der Fälle von klinisch geheilter Blennorhoe, die auch bei wiederholter Provokation mittels verschiedener Methoden mikroskopisch gonokokkenfreies Urethral- und Prostatasekret aufwiesen, wurden doch noch in der Spermakultur Gonokokken gefunden. Auf weitere Einzelheiten kann hier nicht eingegangen werden. Erfreulich ist die kritische Einstellung des Verf. gegenüber der intravenösen Behandlung der Blennorrhoe, die sich nach ihm bereits auf dem Abstieg befindet, sowie die Ablehnung immer neuer Blennorrhoemittel. Er empfiehlt mit Recht, sich jeder frisch eingeführten Methode gegenüber abwartend zu verhalten und therapeutische Direktiven lieber aus den neuesten Lehrbüchern als aus den neuesten Veröffentlichungen der Zeitschriften zu holen. Auf diesen Grundton vorsichtiger Kritik ist die außerordentlich wertvolle Arbeit abgestimmt. Meirowsky-Köln.

Mayr, J. K.-München: Kurzgefaßtes Lehrbuch der Haut- und Geschlechtskrankheiten. Mit 75 Abb. Verlag von Rudolf Müller & Steinecke, München 1929.

Mayr bespricht im allgemeinen Teil Anatomie der Haut, allgemeine Terminologie der Dermatosen und allgemeine Therapie, der spezielle Teil ist der Beschreibung der einzelnen Haut- und Geschlechtskrankheiten gewidmet. Das Buch hat den Charakter eines Kompendiums, demgemäß ist Symptomatologie, Ätiologie, Diagnose, Differentialdiagnose und Behandlung kurz und übersichtlich geschildert. Gute einfarbige und bunte Abbildungen sind „der ungefährigen Häufigkeit der einzelnen Dermatosen" entsprechend beigegeben. Im Abschnitt „Geschlechtskrankheiten" sind auch die wichtigsten Instrumente abgebildet. In einer späteren Auflage wäre statt des wenig deutlichen einfarbigen Gonokokkenbildes ein gutes buntes zu fordern. Mayrs kurzgefaßtes Lehrbuch ist als gutes Übersichtswerk besonders für den Studierenden und den praktischen Arzt zu empfehlen. A. Holländer-Bielefeld.

Velde, Th. H. v. d.-Haarlem: Die Fruchtbarkeit in der Ehe und ihre wunschgemäße Beeinflussung. Montana-Verlag A. G., Med. Abt., Benno Konegen, Stuttgart. Preis RM. 16.—.

Den Lesern dieser Zeitschrift wird der vorliegende Schlußband van de Veldes „Trilogie über das eheliche Glück" sachlich nicht viel Neues bringen, enthält er doch eine, allerdings vollständige Zusammenstellung der für Beförderung und Beschränkung der Schwangerschaft erprobten Methoden und Mittel. Regelung der Fruchtbarkeit gehört zu den das eheliche Glück beeinflussenden Faktoren; Extreme nach beiden Richtungen hin, sowohl zu weitgehende Beschränkung wie schrankenloses, von keiner Rück-

Digitized by Google

sicht auf den Körper der Frau und wirtschaftliche Verhältnisse beeinflußtes Sichgehenlassen kann nicht wieder gut zu machenden Schaden bedingen. Deshalb muß die jedem Menschen rücksichtlich der Fortpflanzung innewohnende egoistische Denkweise, der als kurzfristige Selbstsucht bezeichnete sexuelle Egoismus, bekämpft werden. Indem wir von einer Schilderung der verschiedenen Methoden absehen, wollen wir nur einige allgemein wichtige und interessierende Gesichtspunkte herausheben. Die Forderung der völligen Enthaltsamkeit (Verf. spricht stets nur von der Ehe!) ist zurückzuweisen; längere Zeit fortgesetzte Verhütung der ersten Schwangerschaft rächt sich oft später durch dauernde Unfruchtbarkeit; Gefahr des „einzigen Kindes"; Unsicherheit der antikonzeptionellen Mittel, deshalb Kombination chemischer Mittel mit mechanischen Prozeduren. Dem gleichzeitig mit der Ejakulation eintretenden Orgasmus der Frau wird eine große Rolle beigemessen. Über den für die Befruchtung günstigsten Zeitpunkt bei der Frau gehen die Ansichten noch sehr auseinander. Gefahren des (wiederholten) künstlichen Abortes für spätere Schwangerschaft. Behandlung der Unfruchtbarkeit erfordert stets Untersuchung beider Ehegatten. Künstliche Befruchtung, Bedenken gegen langfortgesetzten Coitus interruptus. Operative Eingriffe, besonders endgültige Sterilisierung der Frau, auch aus sozialer Indikation unter bestimmten Voraussetzungen berechtigt; vorzuziehen zeitweilige Sterilisierung durch Methoden, die gefahrlose Wiederherstellung der Fruchtbarkeit gestatten. Es kommen hierbei im Grunde nur operative Maßnahmen in Frage, die biologischen Methoden haben keine praktische Bedeutung; Bestrahlungen sind in ihrer Wirkung unsicher. Alle Maßnahmen sollen nur auf ärztlichen Rat erfolgen, doch ist hierbei ein mit den vorliegenden Problemen vertrauter, nach keiner Richtung extrem eingestellter Arzt erforderlich. Den Eheberatungsstellen wird großer Wert beigemessen, wir können uns dem unter der Voraussetzung anschließen, daß sie im Sinne des Verf. nicht nur geburtenbeschränkend wirken. Die Schwangerschaftsunterbrechung wird, wenn nicht ganz bestimmte, eng umgrenzte Indikationen vorliegen, abgelehnt; beim Ausbleiben der Menses kann versucht werden, durch frühzeitige Ätzungen die Einnistung des Eies zu verhindern. Was dem Buche seinen wahren Wert verleiht, scheint uns nicht so sehr die Vollständigkeit des gesammelten Materials und seine übersichtliche Verarbeitung als der hohe ideale Standpunkt des Verf. Schutz des ehelichen Glücks ist sein Leitmotiv, das immer wieder hervorzuheben er nicht ermüdet und das er so zielbewußt und in so vornehmer Weise verfolgt, daß es der an einzelnen Stellen mit einer gewissen Ängstlichkeit eingestreuten Vorbeugung befürchteter Angriffe nicht bedurft hätte. Er hat sich das Recht erworben, für die sexuelle Befriedigung einzutreten — die ja heuchlerischerweise meist von der öffentlichen Diskussion ausgeschlossen wird — durch die meisterhafte Art, in der er sich mit Forderungen und Sittlichkeitsbegriffen der kirchlichen Kreise auseinandersetzt. E. Levin-Berlin.

Mitteilungen aus der Literatur

Syphilis

Pathologie und Klinik

Grezzi, S.-Montevideo: Las flebitis sifiliticas (Die syphilitischen Venenentzündungen). Rev. Med. Latino-Americana, Jahrg. 14, Nr. 159.

Verf. gibt zunächst eine Übersicht über das Krankheitsbild der syphilitischen Phlebitis, stellt dann die Fälle aus der Literatur zusammen (Phlebitis syphilit. praecox, Thrombophleb. syph. nodularis und Phleb. syph. tarda) und fügt einen eigenen Fall hinzu: 22jähriger Italiener, vor 4 Monaten Schanker. Jetzt allgemeine Drüsenschwellungen, papulöse Syphilis der Haut und Schleimhäute. Beginn der Behandlung mit Salvarsan und „Curalues". Nach 7 Tagen umschriebener Schmerz an der Vorderseite des rechten Schenkels, der von Schwere des Beines und einer leichten Entzündung des Knöchels begleitet war. Klinisch fand sich eine Schwellung des Knöchels und eine Verhärtung des ganzen Verlaufes der V. saphena inferior in der Länge des Schenkels bis zur Innenseite des Knies. Daneben bestanden Schmerz, Entzündung und Rötung und starke Bewegungseinschränkung. Nach 8 Tagen war die Entzündung unter Fortsetzung der spezifischen Behandlung restlos abgeklungen. 14 Tage später hatte der Kranke noch einmal einen wesentlich milderen Anfall von

Digitized by Google

Phlebitis. Verf. dachte an eine verspätete Herxheimersche Reaktion. Später stellte sich der Kranke noch einmal vor, Reste einer Venenentzündung ließen sich nicht mehr nachweisen. Ruge-Hamburg.

Campagna, M.-New Orleans: Syphilitic Pancreatitis Simulating Diabetes Syphilitische Pankreatitis, die einen Diabetes vortäuscht). J. Am. m. Ass., Bd. 92, Nr. 11, S. 894.

Verf. berichtet über einen Fall von Diabetes mit beginnender Gangrän am Fuß, der amputiert werden mußte. Da die Gangrän trotz Diät und Insulin nicht zum Stillstand kamen und der Amputationsstumpf keine Heilungstendenzen zeigte, erhielt der Patient eine antiluetische Kur, woraufhin der Stumpf heilte. Der Blutzuckerspiegel blieb auch nach Absetzen der Diät und des Insulins auf normaler Höhe.

P. Seier-Heidelberg.

Fedossow-Kiew: Ein Beitrag zur Klinik der viszeralen Syphilis. Wratschebnoje Delo, 1929, Nr. 7.

Verf. berichtet über folgende Fälle viszeraler Lues: 1. 29jähr. Pat. erkrankte vor 4 Monaten an Bronchialasthma, welches begleitet war von stark positiver WR und unter spez. Behandlung schwand; die Kranke wußte nichts von Syphilis. 2. 62jähr. Mann trat in Behandlung wegen eines pleuritischen Exsudats, welches den Verdacht auf eine bösartige Neubildung lenkte, indes erwies sich die WR stark positiv, und unter spez. Behandlung trat ausgesprochene Besserung ein. Der Kranke hatte vor 40 Jahren ein Ulc. penis gehabt, welches allein unter lokaler Behandlung verschwunden war. 3. 48jähr. Kranke mit Aszites infolge syph. Hepatitis, die von ihrer Syphilis nichts wußte. 4. 40jähr. Mann, der vor 20 Jahren Lues gehabt hatte, die aber schlecht behandelt worden war, erkrankte vor 5 Jahren an Neurolues und wurde entsprechend behandelt, worauf die WR negativ wurde. Da trat plötzlich eine Lähmung beider Beine mit Schwund der Kniereflexe und Fehlen der Schmerzempfindung ein. Es wurde eine Blutung in das Rückenmark angenommen und eine spez. Kur angeordnet, welche resultatlos blieb. Am 30. Krankheitstage entwickelte sich im Gebiet des 6. und 7. Brustwirbels eine Vorwölbung, die sich als Aneurysma der Brustaorta erwies, welches somit Anlaß zur Lähmung der Beine gegeben hatte. A. Jordan-Moskau.

Buschke, A.-Berlin: Lues bei Mutter und Kind. (Derm. Abt. d. Rudolf-Virchow-Krankenhauses.) Med. Welt, 1929, Nr. 16, S. 566.

Eine direkte Vererbung der Krankheit ist nicht bekannt. Man soll deshalb von Lues congenita und nicht von Lues hereditaria sprechen. Nach Besprechung der Vererbungsgesetze, die sich nach unseren heutigen Anschauungen nicht mehr voll aufrecht erhalten lassen, weist Verf. auf die Rietschelsche Lehre hin, daß eine Anzahl von Übertragungen der Krankheit von Mutter auf Kind erst bei der Geburt durch Einreißen des Plazentargewebes und die dadurch bedingte Eröffnung der Blutbahnen zustande kommt. Eine paterne Übertragung gibt es nicht. Die Prophylaxe hat sich daher in erster Linie auf die frühzeitige Behandlung der Mutter zu erstrecken. Bei durchschnittlich 4—6% aller nichtsyphilitischen Schwangeren ist die Seroreaktion positiv. Die Lues gibt keine Indikation für eine künstliche Unterbrechung der Schwangerschaft. Verf. schätzt bei einer guten Behandlung der Mutter den Prozentsatz gesunder Kinder auf 80—100%. Salvarsan lehnt Verf. im Prinzip ab. Zunächst wegen der Gefahren einer intensiven Behandlung, dann aber auch wegen der erhöhten Chancen, die eine schwache Salvarsanbehandlung für die Meta-, Neuro- und Aortenlues bringen könnten. Verf. läßt vom 4.—5. Monat an etwa vierwöchentliche Schmierkuren oder Wismutinjektionen ausführen mit 8—14tägigen Pausen, möglichst bis zum Ende der Schwangerschaft. Diese Behandlung will Verf. bei allen Graviden durchgeführt wissen, die eine Lues haben oder hatten, da die Möglichkeit einer Latenz nie von der Hand zu weisen ist. H. Reas-Dessau.

Buschke, A.-Berlin: Lues bei Mutter und Kind. (Derm. Abt. d. Rudolf-Virchow-Krankenhauses.) Med. Welt, 1929, Nr. 17, S. 604.

Das Kind einer syphilitischen Mutter muß wenigstens bis zu einem Jahr beobachtet werden, wenn es ohne Erscheinungen zur Welt kommt. Für die diagnostisch schwierigen Fälle weist Verf. besonders auf die Bedeutung der Lymphdrüsen hin. Die Seroreaktionen und histologischen Untersuchungen der Plazenta sind nur mit Vorsicht zu verwenden. Aussichtsreich ist die Spirochätenuntersuchung des Geschabes von den Wänden der Nabelvenen. Ob ein scheinbar gesundes Kind präventiv behandelt werden soll, macht Verf. von den Verhältnissen bei der Mutter und der

Digitized by Google

Konstitution des Kindes abhängig. Bei der Behandlung des Kindes ist Verf. zu einer reinen Wismutbehandlung übergegangen, und zwar von einer 2%igen Emulsion zweimal wöchentlich 0,1—1,0 intramuskulär. Diese Kuren werden mehrmals wiederholt. An Hand von Statistiken glaubt Verf., daß Störungen im Nervensystem von den allerleichtesten intellektuellen und ethischen bis zur Idiotie am häufigsten bei reiner Salvarsanapplikation vorkommen. Nur bei bestimmten symptomatischen Indikationen dürften Neosalvarsan und Myosalvarsan anzuwenden sein. Die Bestimmungen des Gesetzes z. B. d. G. und die entsprechenden Fürsorgemaßnahmen bespricht Verf. ausführlich und schließt mit einer Beschreibung der Stigmata der Kinder, wobei die Zahnanomalien und die röntgenologisch nachweisbaren Veränderungen der Extremitätenknochen durch anschauliche Bilder ergänzt werden.

H. Reß-Dessau.

Richter, W.-Berlin: Über die Behandlungsresultate von luisch infizierten Schwangeren unter Berücksichtigung der Prognose für das Kind. (Chir. Univ.-K. M. m. W., 1929, Nr. 18, S. 735.

Es ist von größter Wichtigkeit, die Luesbehandlung der Schwangeren möglichst früh einzuleiten. Bis zum 4. Monat sind die Erfolge hinsichtlich der Kinder sehr gut, vom 5. Monat an verschlechtern sich die Aussichten auf ein gesundes Kind je mehr, je später die Behandlung einsetzt. Fielen die Seroreaktionen trotz positiver Luesanamnese in den ersten Schwangerschaftsmonaten negativ aus, so hat Verf. trotzdem behandelt. Vom 9. Monat an beginnt Verf. nicht mehr zu behandeln, da die Prognose für das Kind erstens ohnehin absolut schlecht ist, anderseits in so vorgeschrittener Schwangerschaft unspezifisch positive Reaktionen beobachtet werden, die bis zum 4. Monat nach der Entbindung endgültig negativ werden. Je weiter die Infektion der Mutter zurückliegt, um so günstiger die Aussichten für das Kind. Nach dieser Erfahrung richtet man sich auch bei der Behandlung der Säuglinge, die auch ohne klinische Erscheinungen behandelt werden, wenn die Infektion der Mutter kurz vor der Schwängerung erfolgte oder die Mutter erst nach dem 5. Monat in Behandlung trat. Liegt die Infektion mehr als 4 Jahre vor der Schwangerschaft, so wird der klinisch gesunde Säugling nicht behandelt. H. Th. Hinrichs-Halberstadt.

Vermelin, H.: Syphilis héréditaire et endométrite. Avortements multiples (Kongenitale Syphilis und Endometritis. Multiple Aborte). Progr. Med., 1929, Nr. 17, S. 739.

Eine jungverheiratete Frau hatte zunächst eine Entbindung am richtigen Termin, während deren das Kind ohne erkennbare Ursache abstarb. Es folgten dann mehrere Schwangerschaften, die sämtlich mit Abort innerhalb der ersten 2 Monate endeten. WR schwach positiv, später negativ. Nach Auskratzung und während erneuter Schwangerschaft durchgeführter Salvarsanbehandlung Geburt lebenden Kindes, das im Verlaufe der ersten Lebensmonate das Aussehen eines kongenital syphilitischen zeigte. Das erste Kind war jedenfalls an kongenitaler Syphilis zugrunde gegangen, dann hatte sich die Endometritis entwickelt, die die Ursache der weiteren Aborte war. Eine spezifische Behandlung der Mutter würde nur bei wiederholter Schwangerschaft angebracht erscheinen, da nur zu dieser Zeit bei ihr ein Aufflammen der Syphilis stattfindet. E. Levin-Berlin.

Jugermann-Odessa: Über die Bedeutung des Tuberculum Carabelli für die Diagnose der kongenitalen Syphilis. Wratschebnoje Delo, 1929, Nr. 6.

Auf Grund der Untersuchung von 638 Schulkindern kommt Verf. zu folgenden Schlüssen: Das Tuberculum Carabelli ist eine Zahndystrophie, welche bei 21,3% aller Kinder vorkommt, und zwar nicht nur am ersten, sondern auch am zweiten Molarzahn (4,3%) und in 5,3% sogar auf beiden Seiten des Oberkiefers. Das Tuberculum Carabelli ist häufiger eine selbständige Zahndeformität (in 20,4%), als eine solche in Verbindung mit anderen Dystrophien (0,9%). Dem Tuberculum allein kommt demnach keine entscheidende Bedeutung für die Diagnose zu, sondern nur in Gemeinschaft mit anderen Dystrophien. A. Jordan-Moskau.

Babonneix, L., u. P. Lonjumeau: Deux cas de dystrophie osseuse de type particulier probablement liée à l'hérédosyphilis (Zwei Fälle von Knochenmißbildungen besonderer Form, wahrscheinlich in Beziehung zu kongenitaler Syphilis). Gaz. des hôp., 1929, Nr. 35, S. 657.

Die beiden Fälle zeigten ziemlich übereinstimmende Veränderungen am Unterkiefer, Thorax, Wirbelsäule, unteren Extremitäten, besonders auch Neigung zu häufigen spontanen Frakturen. Kongenitale Syphilis war nicht nachweisbar, doch

Digitized by Google

bewirkte spezifische Behandlung in dem einen Falle wesentliche Besserung, so daß doch wohl ein Zusammenhang anzunehmen ist. E. Levin-Berlin.

Delbet, P., u. P. Cartier: De la nature des arthropathies tabétiques (Über die Natur der tabischen Arthropathien). Bull. de l'Acad. de Méd., 1929, Bd. 101, Nr. 11, S. 387.

Die allgemein verbreitete Anschauung, die tabischen Arthropathien seien trophischer Natur, wird zurückgewiesen, vielmehr handelt es sich um infektiöse Prozesse. Bei Punktionen fanden sich häufig Mikroben, und zwar ein gramnegativer Diplokokkus, dessen Charaktere mit denen des Gonokokkus übereinstimmen, doch konnte die Identität nicht nachgewiesen werden; immerhin scheint ein Teil der Arthropathien bei Tabikern von Infektionen der Harnwege herzustammen. In einigen Fällen fanden sich Tuberkelbazillen, Spirochäten wurden nicht gefunden.

E. Levin-Berlin.

Gutmann, M.-Breslau: Ein Fall von Proctitis und Periproctitis luetica mit Perforation in die Vagina im Wochenbett. Zbl. f. Gyn,. 1929, Nr. 32, S. 2012.

34jährige Mehrgebärende im 8. Schwangerschaftsmonat; Luesinfektion vor 10 Jahren, Zahl der Kuren nicht angegeben, WR jetzt negativ. Spontanentbindung nach mehrtägigem Klinikaufenthalt. Allgemeinzustand von Anfang an schlecht, ohne Fieber; am lebenden Kind außer geringer Koryza keine Zeichen von manifester Lues. Nach dem Partus keine Besserung im Zustand der Mutter, Temperaturen stets über 39 Grad; 10 Tage post partum leichte Besserung im Befinden, die Lochien fangen aber an, übel zu riechen. Es wird eine Lochiometra angenommen und mit einer dementsprechenden Therapie begonnen. Am 18. Tage nach der Entbindung tritt eine starke Scheidenblutung auf, die auf Tamponade zum Stehen kommt, beim Tamponieren hat man den Eindruck, in eine Höhle links oben von der Vagina zu kommen. Nach Entfernung der Tamponade fällt stark fäkulenter Geruch auf. Der Verdacht, daß es sich um eine Genitaldarmfistel handele, bestätigt sich am 20. Wochenbettstage, als es bei einem Glyzerinklysma zum Rücklauf der Einlaufflüssigkeit durch die Scheide kommt. Der Allgemeinzustand verschlechtert sich: am 27. Tage post partum Exitus. Bei der Autopsie bestätigt sich die klinische Diagnose einer Genitaldarmfistel. Die histologische Untersuchung des Fistelgewebes und der sich statt der Schleimhaut im Rektum findenden Narben ergibt das Bestehen eines gummösen Prozesses. Es finden sich schwere Gefäßveränderungen, wie sie typisch für Lues sind (Endarteritis obliterans, Intimawucherungen), und Rundzellinfiltrationen der Mukosa und Muskularis. Sprafke-Chemnitz.

Leibfreid u. Krishewitsch-Charkow: Der Gehalt an Cholesterin im Blut bei Syphilis. Wratschebnoje Delo, 1929, Nr. 13/14.

Die Schwankungen in der Menge des Cholesteringehalts im Blut stehen nach den Untersuchungen der Verff. in Verbindung mit dem Stadium der Erkrankung und der Aktivität des Prozesses. Bei Lues I ist der Cholesteringehalt im großen ganzen normal, bei Lues II recens, ebenso auch bei Lues II recidiva herabgesetzt. Bei Lues II latens ist der Cholesteringehalt hoch, bei Lues III ist derselbe erhöht und bei Neurolues am höchsten. Die Behandlung mit NS hatte in der Mehrzahl der Fälle keine Wirkung auf den Cholesteringehalt im Blut. Aus diesen Resultaten schließen die Verff., daß das Cholesterin bei Syphilis, ebenso wie bei anderen Infektionen im Organismus während der Periode der erhöhten Antikörperwirkung zunimmt. Dieses spricht für die Wahrscheinlichkeit einer aktiven Rolle des Cholesterins für die Immunprozesse bei der Syphilis. A. Jordan-Moskau.

Rodin, F. H., u. J. G. Carson: Eye Lesions in Patients with Positive Wassermann Reactions (Augenveränderungen bei Patienten mit positiver Wassermannreaktion). Am. m. Ass., Bd. 93, Nr. 5, S. 360.

Von 1000 Patienten mit positiver WR wurden 286 in der Augenklinik untersucht. 100 von diesen hatten deutliche Augenveränderungen. Diese waren am häufigsten zwischen dem 40. und 50. Jahre und betrafen 76 Männer und 24 Frauen. Am häufigsten fanden sich Optikusatrophie, Argyll-Robertsonsche Pupillen, Keratitis interstitialis, Iridozyklitis und Ophthalmoplegia interna. Bei den Fällen mit positivem Wassermann des Lumbalpunktats herrschten degenerative Veränderungen, wie Optikusatrophie, Argyll-Robertsonsche Pupillen, Ophthalmoplegia interna und Lähmungen der Augenmuskeln vor. Bei allen Patienten mit positiver WR ist eine Augenuntersuchung anzuraten. F. Juliusberg-Braunschweig.

Digitized by Google

Faure-Beaulieu, M.: Méningite syphilitique aigue à forme purement mentale (Meningitis syphilica acuta in Form rein geistiger Störung). Presse méd., 1929, Nr. 6 S. 983.

Die 30jährige Frau kam mit nur wenigen Tagen bestehenden geistigen Störungen zur Aufnahme; es handelte sich um den Zustand geistiger Regungslosigkeit mit Negativismus, Stummheit und Tendenz zu Katatonie, also trotz des plötzlichen Auftretens um ein Bild, welches am ehesten für eine Dementia praecox sprach. Die Tatsache, daß die Frau vor 5—6 Jahren mehrere Injektionen im Hospital St. Louis erhalten hatte und ein schwach ausgesprochener Argyll-Robertson veranlaßten die Untersuchung des Lumbalpunktats: ausgesprochene Lymphozytose und Erhöhung des Albumengehaltes, also die Zeichen einer intensiven meningealen Reaktion. Die WR fiel positiv aus. Energische Salvarsanbehandlung. Besserung der Lymphozytose und des Albumengehaltes des Lumbalpunktats, dabei Weiterbestehenbleiben der positiven WR. Völliges Abheilen der geistigen Störung.

F. Juliusberg-Braunschweig.

Friedrich, L.-Budapest: Magenulkus und Tabes. Verhandlg. Ungar. ärztl. Gesellsch., 1929, Nr. 11—12, S. 165.

Bei dem 49jährigen Manne traten neben seit Jahren bestehenden nervösen Symptomen atypische Magenbeschwerden und Gürtelschmerzen auf. WR +. (Probefrühstück: freie Salzsäure 50, Gesamtazidität 60.) Röntgenuntersuchung ergibt normale Lage des Magens, im mittleren Drittel der kleinen Kurvatur bohnengroßes geschwüriges Nest. Das gemeinsame Auftreten der beiden Krankheiten ist ziemlich häufig. Die Lues hat mit dem Ulcus ventriculi keinerlei Zusammenhang, das beweist der Umstand, daß von 300 Ulkuskranken nur 10% positive WR hatten. In solchen Luesfällen, wo zerebrospinale Lues oder Tabes vorhanden sind, beobachtete er viel häufiger Ulkus. Wo die Ursache zu suchen ist, ob in den infolge der spezifischen Erkrankung der vegetativen Zentren entstandenen sekundären Veränderungen des Vagusstammes, in der spezifischen Erkrankung der peripheren Gefäße und der anschließenden Nekrose, oder in den Palschen Blutgefäßkrisen, ist nicht geklärt. Die allgemeine Auffassung geht dahin: wenn jemand Tabes hat und Magenbeschwerden auftreten, so können diese nur „Crises gastriques" sein. Sehr oft ist Ulkus die Ursache der Klagen, deshalb ist genaue Untersuchung, besonders Röntgendurchleuchtung wichtig.

M. Kazarowa-T. Pasardschik.

Papp, G.-Budapest: Luetische Apoplexie bei einem neunjährigen Mädchen. Verhandlg. Ungar. ärztl. Gesellsch., 1929, Nr. 11—12, S. 182.

Bei der vorgestellten Kranken findet sich eine nach luetischer Gehirnblutung entstandene rechtseitige Hemiparese. Argyll-Robertson-Symptom. Funktion der Augenmuskeln zeigt keinen Ausfall. Augenhintergrund normal, keine sensorische Abweichung. Symptome der Lues congenita fehlen. WR der Mutter stark positiv, die des Vaters und der anderen Kinder negativ. Beim Kinde zeigen sich ausgesprochene Tonusreflexe, woraus folgt, daß die Blutung im Gebiet des Nucleus ruber und Gehirnschenkels aufgetreten ist. Wenn der Körper von den Knien aufwärts, wo immer, berührt wird, kommt eine kräftige Extension und Abduktion des rechten Fußes zustande.

M. Kazarowa-T. Pasardschik.

Cange, A.: Le tibia dite „hérédosyphilitique" peut être une manifestation de la tuberculose (Die sogenannte kongenital-syphilitische Tibia kann eine Manifestation der Tuberkulose sein). Gaz. des hôp., 1929, Nr. 60, S. 1081.

Die diffuse doppelseitige Hyperostose der Diaphyse der Tibia galt bisher als einwandfreies Zeichen der kongenitalen Syphilis. In dem beobachteten Falle bestand neben mehrfachen unzweifelhaften Manifestationen des Tuberkulids nur der Verlauf, der Einfluß der Therapie, die klinischen und serologischen Untersuchungen bei dem Kinde und den Eltern ließen nichts von kongenitaler Syphilis entdecken. Vielmehr mußten auch die Veränderungen an der Tibia als rein tuberkulöse betrachtet werden.

E. Levin-Berlin.

Hoffmann, E.-Bonn: Gibt es Mischformen von angeborener und erworbener Säuglingssyphilis? (Hautkl. d. Univ.) D. m. W., 1929. Nr. 31. S. 1289.

Mischformen können dadurch zustande kommen, daß ein diaplazentar kurz vor der Geburt infizierter, anscheinend gesund geborener Säugling während oder nach der Geburt mit einem zweiten biologisch veränderten Spirochätenstamm superinfiziert wird. Dieser ruft einen kutanen, einer Initialsklerose völlig gleichenden Schanker (Pseudoprimäraffekt) hervor und täuscht eine reine akquirierte Lues

Digitized by Google

vor. Welcher von beiden Stämmen das Übergewicht gewinnt, hängt neben der Zeit hauptsächlich von der Masse der übertragenen Spirochäten ab. Verf. regt an, in Zukunft zwischen Rückfallserscheinungen der angeborenen Syphilis und der erworbenen Syphilis der Säuglinge und Kinder eine schärfere Trennung, als sie jetzt üblich ist, durchzuführen. F. Harry-Wiesbaden.

Perekropow, G. J.-Kasan: Ein Fall von einhalttuender Wirkung der frischen Infektion mit Syphilisspirochäten auf die klassischen Anfälle im Verlauf der Malaria tertiana. Arch. f. Schiffs- u. Trop.-Hyg., Bd. 33, H. 8, S. 432.

Eine 19jährige Bäuerin aus dem Gouvernement Minsk kam am 22. Juli 1925 in Behandlung mit stark positiver Malaria tertiana. Der erste Anfall war am 11. Juli gewesen. Verf. verordnete Chinin 3mal täglich 0,3. Am 25. August erschien sie wieder wegen Afterschmerzen und Darmblutungen mit einem schweren ausgedehnten Luesexanthem der Haut und Schleimhäute. Ausstriche von Papeln enthielten massenhaft Spirochaeta pallida. Die Infektion erfolgte auf extragenitalem Wege. Malariaplasmodien waren in 14 Ausstrichen nicht mehr festzustellen, sondern nur einige spärliche Involutionsformen. Aus der Befragung der Kranken und ihrer Mutter ging hervor, daß die Malariaanfälle durch die Chinindosen zwar zunächst aufhörten, nach 8—10 Tagen sich aber wieder eingestellt hatten und um den 5. bis 6. August etwa täglich auftraten. Gleichzeitig mit dem Entstehen des luetischen Exanthems und der Afterschmerzen jedoch ließen die Malariaanfälle an Kraft und Dauer nach und hörten schließlich auch ohne Chinin ganz auf. Im ganzen hatte Pat. 1,5 Gramm Chinin genommen, eine zur Abtötung der Plasmodien ungenügende Dosis. Verfasser nimmt an, daß die durch das Chinin in ihrer Virulenz verminderten Plasmodien durch die an Giftigkeit stärkeren Spirochäten unterdrückt wurden. Bei zwei weiteren Fällen von Kombination mit Malaria und Syphilis zeigte es sich, daß sich mit der Abschwächung der Virulenz bei den Parasiten der einen Infektion die der andern zu entwickeln vermochten und daß sie im Organismus nebeneinander bestehen konnten, ohne einander zu vernichten. P. Unna jun.-Hamburg.

Ätiologie, experimentelle Forschung

Jahnel, F., u. R. Prigge: Über den histologischen Nachweis der Spirochaeta pallida in Organen syphilisinfizierter Mäuse. (Chemother. Forschgs.-Inst. „Georg-Speyer-Haus" in Frankfurt a. M. u. d. Dtsch. Forschgs.-Anst. f. Psychiatrie in München.) D. m. W., 1929, Nr. 17, S. 694.

In den Lymphdrüsen syphilitischer Mäuse konnten Syphilisspirochäten im Gewebsschnitt nachgewiesen werden, und zwar regelmäßig im 4. Monat nach der Infektion. Zum Nachweis wurde die Pyridin-Uran-Methode nach Fixation des Gewebes in Alkohol (96%) verwandt. In einem Fall wurden Spirochäten in der Niere gefunden, niemals dagegen im Gehirn. Beim Kaninchen ließen sich einmal Spirochäten in einer nichtregionären Drüse (Kniekehle) bei bestehendem Primäraffekt (Skrotum) nachweisen. F. Harry-Wiesbaden.

Levaditi, C., u. P. Lépine: Étude sur la vaccination tissulaire dans la syphilis expérimentale (Untersuchung über die Gewebsimpfung bei der experimentellen Syphilis). Compt. rend. Soc. Biol., Bd. 100, Nr. 13, S. 1105.

Durch Einspritzungen von durch Erhitzen abgetöteten Spirochäten in Skrotum oder Hoden konnte weder ein örtlicher refraktärer Zustand gegen nachfolgende Impfung mit virulenten Spirochäten noch Flockungserscheinungen im Blut bewirkt werden. Intravenöse Einimpfung abgetöteter Spirochäten rief positive Meinickereaktion hervor; es bedeutet dies jedoch keine Infektion oder Immunität, die spirochätiziden Antikörper dürfen nicht mit dem die Flockung des Serums im Verlauf der Syphilis bewirkenden Prinzip identifiziert werden. E. Levin-Berlin.

Levaditi, C., P. Lépine u. A. Howard: Chimiothérapie et moyens défensifs de l'organisme dans la guérison des manifestations syphilitiques expérimentales (Chemotherapie und Abwehrmittel des Organismus bei der Heilung der experimentellen Syphiliserscheinungen). Compt. rend. Soc. Biol., Bd. 100, Nr. 13, S. 1068.

Bei der Anwendung von Arsen und Wismut kommt es im Körper zu Umwandlungen, die mit der Bildung von Toxalbuminen enden. Versuche bei experimenteller Kaninchensyphilis, bei denen die Tiere verschieden lange Zeit nach erfolgreicher Impfung mit verschieden starken Dosen der betreffenden Medikamente behandelt wurden, ergaben bei die Heildosis wesentlich übersteigenden Dosen keinen Unterschied zwischen Tieren mit frischer und älterer Infektion, während bei schwachen

Digitized by Google

Dosen die Heilung von Syphilomen der Kaninchen mit älterer Infektion zu einer Zeit erfolgte, zu der bei frischer infizierten erst unvollkommene Vernarbung erfolgt war und örtliche Rezidive auftraten. Es wird dies verschiedene Verhalten so erklärt, daß die Medikamente nicht nur direkt auf die Spirochäten, sondern durch die bei ihrer Umwandlung gebildeten Toxalbumine als Katalysatoren auf die Abwehrstoffe des Körpers einwirken; diese sind bei älterer Infektion stärker entwickelt als bei frischerer, werden aber bei zu großen Dosen des Medikamentes auch bei ersterer erschöpft. E. Levin-Berlin.

Cohn, A.-Berlin: Über Schutzstoffe bei der experimentalen Syphilis. (Inst. Robert Koch.) Kl. W., 1929, Nr. 19, S. 886.

Verf. untersucht die Frage, ob es möglich ist, auf experimentellem Wege im tierischen und menschlichen Organismus Schutzkörper gegen die Spirochaeta pallida zu erzeugen. Zu diesem Zwecke wurden 6 Kaninchen mit steigenden Dosen abgetöteter Reinkulturaufschwemmungen der Spir. pall. intravenös geimpft. Schon nach wenigen Injektionen konnten im Serum derart vorbehandelter Tiere spezifische Schutzstoffe nachgewiesen werden. Eine Einwirkung von Seren syphilitischer Menschen auf Kulturspirochäten konnte nicht beobachtet werden. Dagegen zeigte das Serum von Paralytikern, die mit obengenannten Aufschwemmungen geimpft wurden, schon nach der 6. Injektion die Fähigkeit, Kulturspirochäten zu schädigen. Warum durch die natürliche Infektion die Schutzkörper nicht gebildet werden, bedarf weiterer Untersuchung. H. Colman-Berlin.

Levaditi, C., u. P. Lépine: Action préventive du mercure liposoluble dans la syphilis expérimentale (Die Präventivwirkung des fettlöslichen Quecksilbers bei der experimentellen Syphilis). Compt. rend. Soc. Biol., Bd. 100. Nr. 11, S. 797.

Versuche mit fettlöslichem phenyl-äthyl-essigsaurem Quecksilber ergaben bei intramuskulärer Einspritzung einer vorher als kurativ ausgeprobten Dosis und nachfolgender skrotaler Überimpfung von Syphilomen bei 2 Kaninchen örtliches Auftreten spirochätenhaltiger Läsionen, während 6 verschont blieben, von denen bei 2 auch die Poplitealdrüsen sich avirulent erwiesen, die Präventivbehandlung also nicht nur gegen örtliche Infektion, sondern auch gegen Verallgemeinerung des Virus geschützt hatte. Trotzdem zeigte die Mehrzahl der Tiere während der ganzen Versuchsdauer eine positive Meinickereaktion, es waren also trotz der Heilwirkung humorale Veränderungen aufgetreten, die auf die Wirkung eines in den inokulierten und durch die Präventivbehandlung abgetöteten Spirochäten enthaltenen Antigens bezogen wird. Die Präventivwirkung des fettlöslichen Quecksilbers nähert sich der des Wismuts und Tellurs, kommt ihr aber an Sicherheit und Dauer nicht gleich. E. Levin-Berlin.

Joseph, A.-Berlin: Über diagnostische Hautreaktionen mit Kulturspirochäten. (Derm. Abt. d. Städt. Rudolf-Virchow-Krankenhauses.) Kl. W., 1929, Nr. 21, S. 981.

Verf. hat Versuche an 250 Syphilitikern aller Stadien mit dem von Kroó hergestellten Spirochätenextrakt „Luetin", der jetzt unter dem Namen „Spirotest" von den Behringwerken in den Handel gebracht wird, vorgenommen. Der Extrakt ist völlig unschädlich. Kontrollfälle wurden ebenfalls in genügender Anzahl geimpft. Technik: An der Beugefläche eines Unterarmes wird mit 0,1 ccm der Aufschwemmung eine Quaddel gesetzt. Höhepunkt der Reaktion meist nach 24 Stunden, bleibt so etwa 1—3 Tage, bildet sich dann zurück. Ausbildung zu einer Pustel selten, Spätreaktion nie beobachtet. Eine genaue Statistik zeigt, daß die Reaktion diagnostisch nicht verwertbar ist, da bei Nichtsyphilitikern ebenso schwere Reaktionen auftreten wie bei Syphilitikern und daß bei letzteren die Reaktion oft ganz negativ ist. Es handelt sich wohl um eine unspezifisch-spezifische Wirkung, wobei aber letztere durch allerlei unkontrollierbare und praktisch nicht genau festzustellende Umstände beeinflußt wird. Bei tertiärluetischen Fällen scheint auch eine Jodwirkung insofern mitzusprechen, als durch sie die spezifische Komponente eine örtliche Steigerung erfährt (2 Tabellen). H. Colman-Berlin.

Bergel, S.-Berlin: Weitere Mitteilungen zur Biologie und Färbung der Syphilisspirochäten. Kl. W., 1929, Nr. 26, S. 1218.

Bei der gewöhnlichen Giemsafärbung wird nicht der äußere Mantel, sondern eine tiefere, schlechter färbbare Abbaustufe tingiert, während bei der modifizierten Methode (statt Alkoholvorbehandlung nach Lufttrocknung Formalinfixierung und 24 Stunden Giemsalösung) die unversehrte Vollspirochäte sichtbar wird. Die Lichtbrechung der Spirochäten hängt wesentlich vom Gehalt an Nukleinsäure oder Nuklein-

Digitized by Google

proteiden ab; die Annahme, die Spirochaeta pallida sei infolge des schwachen Lichtbrechungsvermögens nukleinsäurefrei, ist ein Irrtum, da nur die Hülle und äußerste Schicht sich nicht mit Kernfärbungsmitteln tingieren lassen, im Gegensatz zu den inneren Substanzen, die nach Abschmelzen des lipoiden Mantels stärker lichtbrechend und mit Methylenblau färbbar sind. S. Habermann-Prag.

Hauptmann, A., u. A. Gallinek-Halle: Zur Frage der Schutzstoffe bei Syphilis. (Univ.-Hautkl.) Kl. W., 1929, Nr. 32, S. 1485.

Syphilisspirochäten aus Kaninchenprimäraffekten zeigen — bei Betrachtung im Dunkelfeld und Körpertemperatur — unter der Einwirkung von Seren sekundärsyphilitischer Personen oder von Lues-cerebri-Fällen früher Absterbeerscheinungen als unter der von normalen Seren. Paralytikerfasern verhalten sich nahezu gleichartig wie normale. Phagozytenzusatz ändert gegenüber den Kaninchenspirochäten nichts an den Resultaten; bei Kulturspirochäten beschleunigt er den Abtötungsvorgang. Die Ergebnisse sprechen dafür, daß der Sekundärsyphilitiker Immunstoffe ausbildet, während es der Paralytiker nicht tut, was frühere Hypothesen Hauptmanns bestätigen würde. Frei-Berlin.

Kroó, H., u. F. O. Schulze-Berlin: Untersuchungen über die Immunitätsvorgänge bei Syphilis. III. Stammspezifische Komplementbindung und Schutzkörper. (Inst. Robert Koch.) Kl. W., 1929, Nr. 26, S. 1203.

Mit zwei verschiedenen Pallidastämmen wurden Untersuchungen angestellt, um aus dem serologischen Verhalten weitere Schlüsse auf die Immunisierungsvorgänge bei Syphilis abzuleiten. Die Versuche zeigen, daß beide Pallidastämme differente, scheinbar alkohollösliche Anteile mit antigenen Eigenschaften besitzen, wie sich dieses durch die Komplementbindung, Schutzkörperwirkung und allergische Hautreaktion dokumentiert. S. Habermann-Prag.

Lépine, P.: Infection syphilitique inapparente de la Souris. Infectiosité comparée de la rate et du cerveau (Stumme Syphilisinfektion der Maus. Vergleich der Infektiosität der Milz und des Gehirns). Compt. rend. Soc. Biol., Bd. 101, Nr. 23, S. 777.

Mäuse wurden durch Einpflanzung von an Spirochäten reichen Stücken von Syphilomen des Skrotums von Kaninchen oder durch intrazerebrale Einspritzungen eines Tropfens einer an Spirochäten reichen Emulsion infiziert, die von zerriebenem Syphilom des Kaninchenskrotums stammte. In keinem Falle konnten äußere Zeichen einer Infektion bei den Tieren nachgewiesen werden, in den Organen (Leber, Milz, Gehirn) fanden sich weder histologische Veränderungen noch Spirochäten. Trotzdem konnten durch subskrotale Einpflanzungen von Milz und Hirn bei Kaninchen positive Resultate erzielt werden, die allerdings bei der Verwendung von Hirn der Mäuse nur eintraten, wenn die Infektion der betreffenden Tiere mehr als 100 Tage zurücklag. Bei mehr als der Hälfte der anscheinend gesund gebliebenen Kaninchen zeigte sich eine positive Serumreaktion, auch hier bei mit Hirn infizierten nur, wenn die Infektion der zur Verwendung gelangten Maus über 100 Tage zurücklag. Bemerkenswert ist die in den positiven Fällen zu verzeichnende, sehr lange Inkubationszeit, die die bei Impfungen mit Passagevirus weit übersteigt. Das Virus hält sich in den Organen der Maus sehr lange. E. Levin-Berlin.

Serologie

Scaltritti, A.: A propos de la réaction de Bordet-Wassermann. Utilisation, comme antigène, de lipoides précipités par le chlorure de cadmium (Zur Reaktion nach Bordet-Wassermann. Verwendung von durch Cadmiumchlorat präzipitierten Lipoiden als Extrakt). Ann. Inst. Pasteur, Jahrg. 42, Nr. 12, S. 1608.

Angabe der Extraktbereitung und Titration des Extraktes. Die Fehlerquellen, die auf Verunreinigungen des Antigens beruhen, sollen auf diese Art eliminiert werden. S. Habermann-Prag.

Hohn, J.-Essen: Die Klärungsreaktion von Meinicke (MKR). Zugleich ein Beitrag zur Serodiagnostik der Lues im allgemeinen. (Bakter. serol. Labor. d. Städt. Krankenanstalten.) M. m. W., 1929, Nr. 15, S. 624.

Prinzip der MKR: relativ große Serummengen und kleine Extraktdosen, Verwendung sehr lipoidreicher, konzentrierter Organextrakte, starkes Nachreifen derselben. Verf. verwendete 3 Reaktionen: WR, MKR, DMHo. Angabe der Technik. Verf. stabilisiert = inaktiviert bei 52,5°, die Luesreagine werden bei dieser Temperatur mehr geschont. Die Hauptversuchsreihe erstreckt sich auf 1500 Proben;

Digitized by Google

von 372 positiven Seren stimmen in den 3 Reaktionen 296 überein, und zwar WR = 309 = 83%, MKR = 360 = 96,7%, DMHo = 358 = 96,2%; doch kann trotz der Verschärfung der Resultate durch die Präzipitationsreaktionen die WR nicht ersetzt werden. Die MKR ist mit bestimmten angeführten Abänderungen eine sehr einfach auszuführende, sehr leistungsfähige und spezifische Methode, somit ein bedeutender Fortschritt in der Serodiagnostik der Lues. S. Habermann-Prag.

Meinicke, E.-Hagen-Ambrock: Meine Klärungsreaktion auf Syphilis. W. m. W., 1929, Nr. 15, S. 628.

Die Adlerapotheke Hagen wird genau stabilisierte Sodastammlösungen bzw. abgewogene Sodamengen ausgeben, aus denen leicht die Sodalösungen bereitet werden können, da die verschiedenen Sodasorten verschiedene Grenzwerte aufweisen. Angabe des Vorversuches, um den entsprechenden Titer des Sodapräparates zu bestimmen; gut verschlossen behält die Soda stets ihren Titer unverändert bei.

S. Habermann-Prag.

Klingberg, O.-Danzig: Zur Färbung des Antigens für die MTR nach Borowskaja. (Staatl. Hyg. Inst.) Zbl. f. Bakt., Bd. 111, H. 6/8, S. 495.

Verf. gibt der MTR mit gefärbtem Antigen den Vorzug vor der bisher üblichen Methode. Die Färbung erfolgt durch Zusatz von 0,2 Viktoriablau 4 R in Substanz zu 500 ccm Antigen. Dem Antigen wird im Tempo von 1 ccm auf 1 Sekunde eine mit 1% Kal. carbonic. versetzte 3%ige NaCl-Lösung zugesetzt. Die Mischung wird dann 20 Minuten lang bei 56° im Paraffinschrank erwärmt. Wasserklare Flüssigkeit mit intensiver blauer Kuppe bedeutet +++, ein Schimmer von Blau und starke Kuppenbildung ++, bläuliche, noch durchsichtige Flüssigkeit und Kuppenbildung +.

F. Harry-Wiesbaden.

Kliewe, H., u. W. Engelhardt-Gießen: Über die Brauchbarkeit der Citocholreaktion für die Syphilisdiagnose. (Univ.-Hautkl. u. hess. Untersuchungsamt f. Infektionskrkh.) M. m. W., 1929, Nr. 16, S. 657.

In etwa 1000 Fällen wurden Vergleiche angestellt zwischen der nach ½ Stunde ablesbaren Citocholreaktion (so genannt im Gegensatz zu der Lentocholreaktion Sachs-Georgi) und der WR, der MTR und SGR. Ergebnis: 185 gemeinsam positiv, 695 gemeinsam negativ, 120 voneinander abweichend. Mit klinischem und anamnestischem Befund nicht übereinstimmend waren bei der CR 3,8%, SGR 5,1%, MTR 6,8%, WR 5,6%. Zusammenfassend wird die CR als wertvolle Neuerung angesprochen.

H. Th. Hinrichs-Halberstadt.

Crohn, W. H.-Berlin: Kurze Mitteilung über die Wassermannreaktion bei über Sechzigjährigen. (II. Inn. Abt. d. Rudolf Virchow Krankenhauses.) M. Kl., 1929, Nr. 33, S. 1284.

Es wurde die auffallende Tatsache festgestellt, daß bei über 60 Jahre alten Patienten die WR häufiger positiv war als bei jüngeren, und zwar hatte jeder 5. bis 6. Mensch über 60 Jahre eine positive WR. Dabei bestanden keine Beschwerden von seiten des Kreislaufes (trotz einwandfreiem Befund einer Aortitis) oder von seiten des Nervensystems (trotz Pupillen- und Reflexveränderungen). E. Levin-Berlin.

Tagesgeschichtliche Nachrichten

Der Hygieniker Prof. Ignaz Kaup in München feierte den 60. Geburtstag.

R.

Nachdruck (auch des Abschnittes „Tagesg. Nachr.") ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt

Verantwortlich für die Redaktion: für Originalabhandlungen und T. N.: Prof. Dr. J. H. Rille, Leipzig. Für den Referatenteil: Dr. Fritz Callomon, Dessau

Digitized by Google

Dermatologische Wochenschrift

Nr. 9 (Bd. 90) 1. März 1930

Aus dem Institut für Schiffs- und Tropenkrankheiten zu Hamburg (Direktor: Obermedizinalrat Prof. Dr. Nocht; Pathologisch-anatomische Abteilung, Vorsteher: Dr. R. Hoeppli)

Über die Histopathologie der klimatischen Bubonen

Von

Dr. R. Hoeppli

Mit 5 Abbildungen im Text

Im Zusammenhang mit den klinischen Untersuchungen H. Ruges über die in den letzten Jahren in dem Hamburger Tropeninstitut zur Behandlung gekommenen Fälle von sogenannten klimatischen Bubonen habe ich in 36 Fällen, in denen Teile der erkrankten Drüsen entfernt wurden, die Gewebsstücke histologisch untersucht. Eine besondere Veranlassung zu diesen Untersuchungen war die Frage, ob das histologische Bild der klimatischen Bubonen bei Untersuchungen an einem größeren Material sich als für die Krankheit charakteristisch oder sogar spezifisch erweist.

Im Gegensatz zu der Ansicht einiger früherer Autoren kommt Hellerström in seiner umfangreichen Arbeit über das Lymphogranuloma inguinale zu dem Schluß, daß eine sichere Diagnose rein histologisch nicht zu stellen ist.

Wie aus den Ergebnissen der Freischen Hautreaktion hervorgeht, und wie die früheren und die im folgenden mitgeteilten histologischen Befunde erwiesen, stimmt das Krankheitsbild der klimatischen Bubonen mit dem des Lymphogranuloma inguinale völlig überein. Wenn im folgenden die Bezeichnung „klimatischer Bubo" gebraucht wird, so geschieht es, weil die untersuchten Fälle unter dieser klinischen Diagnose geführt wurden und besonders im Hinblick darauf, daß die Bezeichnung „Lymphogranuloma inguinale" leicht zu Mißverständnissen und Verwechslungen mit Lymphogranulomatose und venerischem Granulom führen kann. Ich bin mir dabei bewußt, daß auch der Ausdruck „klimatischer Bubo" nicht sehr glücklich gewählt ist, da die Erkrankung in den verschiedensten Klimaten vorkommen kann, und nicht, wie man früher annahm, ausschließlich an die Tropen oder Subtropen gebunden ist.

Genauere histologische Untersuchungen der Drüsen bei dem Krankheitsbild der klimatischen Bubonen bzw. des Lymphogranuloma inguinale wurden bereits mehrfach angestellt (Durand, Nicolas und Favre, Hellerström, Letulle und Nattan-Larrier, Müller und Justi, Phylactos, u. a.). Alle diese Autoren kamen bezüglich der histologischen Befunde im wesentlichen zu den gleichen Ergebnissen.

Digitized by Google

Es standen mir nur herausgeschnittene Drüsenteile für die Untersuchung zur Verfügung, dagegen kein Material des „Primäraffektes", der mutmaßlichen Infektionsstelle an den Genitalen. Vorwegnehmen möchte ich, daß es mir in keinem einzigen Falle gelang, Mikroorganismen als sichere Erreger nachzuweisen.

Technik. Die Fixierung geschah in der Mehrzahl der Fälle in Alkohol 96%ig, konzentrierter wässeriger Sublimatlösung und Formalin 10%ig, entweder unmittelbar oder ganz kurze Zeit nach der Entnahme des Materials; Paraffineinbettung, Schnittdicke 4—8 μ; Färbung: Hämatoxylin-Eosin, Weigert, van Gieson, Methylgrün-Pyronin, Gram, Giemsa, Karbolthionin, Karbolfuchsin, Versilberung (letztere in 6 Fällen).

Makroskopischer Befund: Die entnommenen Gewebsstücke waren meist dunkelrot oder graurot. Oft fanden sich gelbe, rundliche oder unregelmäßig begrenzte Einsprengungen von wechselnder Größe (eben sichtbar bis erbsengroß). Sie waren teils von fester, teils von zähflüssiger, eitriger Beschaffenheit. Größere Einschmelzungen wurden in Übereinstimmung mit den Angaben der Literatur nicht gefunden.

Abb. 1. Lymphdrüse, im Entstehen begriffener Abszeß, umgeben von einer Zone von Epitheloidzellen. Vergr. 1 : 150

Mikroskopischer Befund: Es werden von allen 36 Fällen in kürzester Form die wesentlichsten histologischen Befunde gegeben, um sie im Anschluß daran vergleichen zusammenfassen zu können.

Fall 1: Nr. 1136, X. X. 192[illegible]. Drüsenkapsel stellenweise verbreitert, Bindegewebe etwas glasig homogen, herdförmige Einlagerungen von einkernigen Rundzellen und Plasmazellen.

Drüsensubstanz grundlegend verändert, nur noch einige Randteile unverändert erhalten. Unterscheidung von Keimzentrum und Peripherie der einzelnen Lymphfollikel ebenso wie die Abgrenzung der Follikel gegeneinander verwischt. Zellabstoßung in die Randsinus. Allgemeine Verbreiterung des Retikulums. Herdförmig neugebildetete bindegewebige Balkenzüge. Verstreut kleinste Abszesse mit zerfallenden Polymorphkernigen. Beginn mit großen, hellen, länglichen Zellen vom Charakter der Epitheloidzellen. Sie umgrenzen zum Teil die kleinsten Abszesse, zum Teil sind sie unabhängig davon. Spärliche Riesenzellen mit 3—4 in der Mitte gelegenen großen chromatinreichen Kernen. Die Wand der kleinen Blutgefäße erscheint gequollen. Die Gefäßwandkerne sind chromatinarm und zum Teil leicht wellenförmig gekrümmt. An einzelnen Stellen findet sich eine Abstoßung der Endothelien in das Lumen des Gefäßes. Diffuse Einlagerung von Plasmazellen.

Fall 2: Nr. 1275, S., 19 Jahre, Trimmer, Deutscher. Exzision 19. VIII. 1925. Im periglandulären Fettgewebe neugebildete Züge hyalinen Bindegewebes. Drüsen-Randsinuskatarrh. Aufbau der Drüsensubstanz zum Teil erhalten. Im übrigen Verdickung des Retikulums. Das die Gefäße begleitende Bindegewebe ist hyalin verändert. Degeneration der Gefäßwände. Zahlreiche große Zellen mit chromatinarmen Kernen in das Retikulum eingelagert. Einige kleinste Abszesse mit starker Bindegewebsvermehrung in der Umgebung. Vereinzelt Riesenzellen mit zentral gelegenen Kernen. Eosinophile verstreut in den veränderten Gewebsabschnitten, reichlich am Rand eines kleinen Abszesses. Kleine Hämorrhagien, herdförmig feine Fibrinnetze.

Digitized by Google

Fall 3: Nr. 1286, U., 28 Jahre, Matrose, Deutscher. Exzision 24. X. 1925.

Das periglanduläre Fettgewebe ist mit Rundzellen infiltriert. Die Kapsel ist verickt.

Drüsenaufbau grundlegend verändert. Verdickung des Retikulums. Neugebildete indegewebszüge. Gefäßwanddegeneration. Verstopfte kleine Gefäße, Blutungen. Stellenreise hyaline Veränderungen des neugebildeten Bindegewebes. Ansammlungen von Polyorphkernigen. Kleine Nekrosen. In ihrem Bereich erscheinen die Zellkerne teils nur och schwach färbbar, teils zeigen sie Zerfall. Einige vergrößerte Keimzentren. Diffuse urchsetzung des Gewebes mit Plasmazellen. Ihr Protoplasma ist zuweilen homogen lasig umgewandelt. Vereinzelt Eosinophile, sehr spärliche Mastzellen. Die Sinus sind it abgestoßenen Zellen stark gefüllt. Das Protoplasma dieser Zellen enthält vielfach akuolen.

Fall 4: Nr. 1287, X. X., 1925.

Drüsengewebe in der Hauptsache ersetzt durch diffus vermehrtes Bindegewebe. arin eingelagert kleine Ansammlungen von Polymorphkernigen. Kleine Hämorrhagien. tellenweise Degeneration der Wand der kleinen Gefäße. In einigen Bezirken erhaltener ber stark veränderter Drüsensubstanz sind die Lymphozyten in der Hauptsache durch rößere Zellen mit chromatinarmen ernen ersetzt.

Fall 5: Nr. 1322, X. X., 1926.

Periglanduläres Fettgewebe stark filtriert: kleine Rundzellen, große llen mit hellen Kernen, Plasmazellen, ärliche Riesenzellen mit zentral gegenen Kernen. Einige Eosinophile.

Kapsel verbreitert, infiltriert.

Drüsensubstanz in den Randteilen tellenweise erhalten. In anderen Bezirken diffuse Verdickung des Retiulums. Zahlreiche neugebildete Gefäße. In der Umgebung einzelner Gefäße Fibrinablagerungen. Die kleinen efäße zeigen zum Teil Wucherung nd Abstoßung der Epithelien in das umen. Bezirke mit großen, hellen ellen, verstreut Plasmazellen, sehr pärlich Mastzellen.

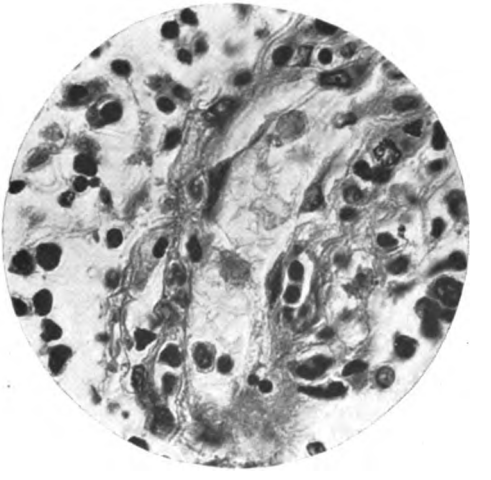


Abb. 2. Lymphdrüse, Wandveränderung eines kleinen Blutgefäßes, Abstoßung von Endothelien, Durchtreten von Wanderzellen. Vergr. 1 : 610

Fall 6: Nr. 1333, F., 25 Jahre, eizer, Deutscher. Exzision 8. IV. 1926.

Kapsel verdickt. Ihr Bindegeebe zum Teil hyalin, zum Teil schollig verändert. Einlagerung von Plasmaellen.

Nur noch kleine Zonen unveränderten Drüsengewebes erhalten. Im allgemeinen ehr starke Verdickung des Retikulums. Vorhandensein sehr breiter Bindegewebsüge. In den Maschen des Retikulums Lymphozyten, große helle Zellen, Plasmazellen. äßig viel Riesenzellen mit zentral und andere mit peripher gelegenen Kernen, letztere om Typus der LANGHANSschen Riesenzellen, kleine Abszesse. Verstreut spärlich osinophile.

Fall 7: Nr. 1335, S., 20 Jahre, Steward, Deutscher. Exzision 10. IV. 1926.

Kapsel verdickt.

Randpartien der Drüse völlig zerstört durch eingewucherte Bindegewebsstränge. ach dem Innern der Drüse zu Lymphozyten, große helle Zellen, Plasmazellen. Größere nd kleinere Abszesse mit dichten Anhäufungen zerfallener polymorphkerniger Leukoyten. Zahlreiche neugebildete Gefäße. Sehr zahlreich Eosinophile innerhalb und außerhalb der Gefäße. Degeneration der Gefäßwände, blasenförmig aufgetriebene Kerne. Plasmaellen, kleine Nekrosen, Fibrinablagerungen.

Fall 8: Nr. 1341, B., 42 Jahre, Heizer, Deutscher. Exzision 1. VII. 1926.

Periglanduläres Fettgewebe durchsetzt von Zügen gewucherten Bindegewebes. Darin ingelagert Polymorphkernige, Rundzellen, Plasmazellen, Eosinophile. Kapsel stellenweise erdickt.

Digitized by Google

Drüsengewebe in einigen Partien erhalten, in anderen Retikulumverdickung, Bindegewebsvermehrung, zahlreiche große chromatinarme Kerne. Kleinste Abszesse mit zerfallenden Kernen. Spärlich Riesenzellen, Eosinophile. Wand der kleinen Gefäße zum Teil verdickt, Gefäßlumen oft verlegt durch abgestoßene Endothelien.

Fall 9: Nr. 1472, K., 23 Jahre, Heizer, Deutscher. Exzision 17. V. 1927.

Drüsengewebe stellenweise erhalten. In anderen Teilen kleinste Abszesse mit zerfallenden Kernen. Einige beginnende Abszesse liegen in Keimzentren. Herdförmige Retikulumverdickung, kleine Blutungen, zahlreich chromatinarme große Kerne.

Fall 10: Nr. 1538, L., 22 Jahre, Maschinist, Deutscher. Exzision 8. XI. 1927.

Hautreaktion nach Frei positiv.

Drüse: Randsinuskatarrh. Retikulum verdickt, zahlreiche neugebildete Gefäße, deren Wandungen häufig Degenerationserscheinungen zeigen. Bezirke mit großen, chromatinarmen Kernen. Einzelne kleine Nekrosen. Chromatinbröckel in den verschiedensten Formen. Verstreut kleine Anhäufungen von Plasmazellen. Spärliche Eosinophile, wenig Fibrin.

Fall 11: Nr. 1542, H., 26 Jahre, Heizer, Chinese. Exzision 28. XI. 1927.

Hautreaktion nach Frei positiv.

Periglanduläres Fettgewebe durchzogen von Bindegewebssträngen mit zahlreichen eingelagerten Eosinophilen.

Drüse: Stellenweise normales Drüsengewebe erhalten. Im übrigen Retikulum mäßig verdickt. Einlagerung von Plasmazellen und Eosinophilen. Neugebildete Gefäße mit Degeneration der Wand. Herdförmige Bindegewebsvermehrung. In anderen Abschnitten ist das Drüsengewebe völlig ersetzt durch Granulationsgewebe bzw. Bindegewebe, mit reichlich Plasmazellen und spärlichen Eosinophilen. Starke Phagozytose. Die bindegewebige Grundsubstanz ist stellenweise schollig bzw. körnig verändert. Die Gefäßwandung zeigt eine Durchsetzung mit Fibrin, in der Umgebung der Gefäße finden sich dicke Fibrinablagerungen.

Fall 12: Nr. 1546, K., 24 Jahre, Trimmer, Deutscher. Exzision 18. II. 1928.

Kleine Abszesse. Größere Nekrosen. Hochgradige Degeneration der Gefäßwände mit zum Teil wabenartigem Bau. Einwucherung von Bindegewebe. Bezirke mit großen chromatinarmen Kernen. Verstreut Plasmazellen. Sehr spärlich Riesenzellen mit zentralen Kernen.

Fall 13: Nr. 1550, P., 25 Jahre, Steward. Exzision 6. IV. 1928.

Kleinste Abszesse. Verdickte Gefäßwandungen, starke Bindegewebsvermehrung. Bezirke mit großen, hellen Zellen, kleine umschriebene Zonen mit Nekrosen und dunklen Chromatinbröckeln in den verschiedensten Formen. Mäßig reichlich Plasmazellen. Einige größere Gefäße verstopft durch abgestoßene Endothelien und Wanderzellen. Fibrineinlagerungen in das die Gefäße umgebende Gewebe.

Fall 14: Nr. 1555, R., 31 Jahre, Steuermann, Deutscher. Exzision 17. IV. 1928.

Das periglanduläre Gewebe zeigt Infiltration mit einkernigen Rundzellen und stellenweise gleichförmig glasige Umwandlung der Bindegewebszüge.

Kapsel mit Rundzellen infiltriert.

Drüsengewebe nur noch zum kleinen Teil erhalten. Kleinste Abszesse, begrenzt durch eine Zone vorwiegend pallisadenförmig angeordneter Epitheloidzellen. Herdförmige Nekrosen des Bindegewebes mit mäßiger Beteiligung von Polymorphkernigen. Sehr spärlich Riesenzellen mit zentral angeordneten Kernen.

Fall 15: Nr. 1557, St., 26 Jahre, Heizer, Deutscher. Exzision 24. IV. 1928.

Periglanduläres Gewebe: Infiltrate aus Rundzellen, spärlich Eosinophile, Degeneration der Wand der kleinen Gefäße.

Drüse im ganzen hochgradig verändert. Retikulum diffus verdickt. Kleinste Abszesse. Nekrosen. Blutungen. Gefäßwanddegeneration. Neugebildete Bindegewebe. Herdförmig gelagert spärlich Eosinophile. Verstreut mäßig reichlich Plasmazellen.

Fall 16: Nr. 1561, B., 30 Jahre, Heizer, Deutscher. Exzision 1. V. 1928.

Hautreaktion nach Frei positiv.

Periglanduläres Fettgewebe: Infiltration mit Rundzellen und Eosinophilen, kleine Blutungen.

Drüse: Stark verändert, Retikulum diffus verdickt. Bindegewebsvermehrung. Kleinste Abszesse. Zahlreiche Plasmazellen. Mäßig reichlich Eosinophile. Blutungen. Gefäßwände verdickt. Neugebildetes Gewebe an zahlreichen Stellen von feinen Fibrinnetzen durchzogen.

Digitized by Google

Fall 17: Nr. 1565, H., 21 Jahre, Matrose, Deutscher. Exzision 21. V. 1928. Hautreaktion nach Frei positiv. (Fall 3 der Arbeit Ruge.)

Drüse: Kleinste Abszesse, umgeben von pallisadenförmig angeordneten Epitheloid-ellen; außen davon viele Plasmazellen. Im Zentrum der Abszesse finden sich massen-ft zerfallene Kerne von Polymorphkernigen, eingebettet in bei Hämatoxylin-Eosin-rbung blau erscheinenden fädig-körnigen Massen. Diffuse Verdickung des Retikulums. leine Gefäße durch hyaline Massen verstopft. Gefäßwanddegeneration. Bezirke mit roßen, chromatinarmen Kernen. Daneben Übergangszellen mit dunklem Protoplasma nd großem dunklem, unregelmäßig gestaltetem Kern. Fibrinablagerung besonders um die einen Abszesse.

Fall 18: Nr. 1569, N., 20 Jahre, Matrose, Deutscher. Exzision 25. V. 1928. Hautreaktion nach Frei positiv.

Drüsengewebe grundlegend verändert. Sehr stark verdicktes Retikulum. Neuge-ldete Bindegewebszüge. Gefäßwanddegeneration. Kleinste Abszesse. Zonen großer romatinarmer Kerne. Plasmazellen, spärlich Eosinophile. Geringe Fibrinablagerung.

Fall 19: Nr. 1577, B., 25 Jahre, Matrose, Deutscher. Exzision 20. VI. 1928. Hautreaktion nach Frei positiv.

Drüse: Retikulumverdickung und Bindegewebsvermehrung. Übergangszellen. Zonen roßer, heller Zellen. Spärlich Riesenzellen. Gefäßwanddegeneration. Kleinste Abszesse. apillarthrombosen. Hyaline Degeneration des Protoplasmas einiger Plasmazellen.

Fall 20: Nr. 1579, R., 35 Jahre, Steward, Deutscher. Exzision 25. VII. 1928.

Hochgradig veränderte Drüse. Kleine Abszesse. Retikulumverdickung, Binde-ewebsvermehrung. Bezirke mit großen hellen Zellen und Riesenzellen vom Langhans-ypus. Gefäßsprossung. Gefäßwanddegeneration. Kleine Nekrosen. Riesenzellen mit –4 großen, runden, zentral gelegenen Kernen.

Fall 21: Nr. 1584, B., 44 Jahre, Trimmer, Deutscher. Exzision 10. VIII. 1928.

Periglanduläres Fettgewebe durchsetzt von Bindegewebszügen mit blasig aufge-iebenen Bindegewebskernen und Infiltration mit kleinen Rundzellen.

Drüse: Diffuse Retikulumverdickung. Herdförmige Bindegewebsvermehrung. Kleinste bszesse, umgeben von pallisadenförmig angeordneten Epitheloidzellen. Vereinzelt Riesen-ellen vom Sternbergschen Typus. Gefäßwanddegeneration, Kapillarthrombose. Plasma-ellen. Übergangszellen, Eosinophile.

Fall 22: Nr. 1586, N., 21 Jahre, Steward, Deutscher. Exzision 6. IX. 1928.

Drüse: Retikulumverdickung. Kleine Abszesse. Gefäßwanddegeneration. Zahl-eiche große, chromatinarme Kerne, Übergangszellen, mäßig reichliche Plasmazellen, ver-inzelte Eosinophile. Fibrinniederschläge im Bereich der kleinen Abszesse.

Fall 23: Nr. 1587, G., 21 Jahre, Trimmer, Deutscher. Exzision 6. IX. 1928.

Drüse: Diffuse Retikulumverdickung, Einwucherung von Bindegewebszügen, die zum eil hyalin verändert sind. Zahlreiche Riesenzellen vom Sternbergschen und Lang-ansschen Typus, Verstopfung kleiner Gefäße durch Endothelien und Wanderzellen, Über-angszellen, Plasmazellen, große Zellen mit chromatinarmen Kernen, herdförmig kleine inlagerung von polymorphkernigen Leukozyten. In den nekrotischen umschriebenen leinen Bindegewebsbezirken Fibrinflocken.

Fall 24: Nr. 1642, H., 21 Jahre, Zimmermann, Deutscher. Exzision 13. XII. 1928.

Periglanduläres Gewebe mit Rundzellen infiltriert.

Drüse: Randsinuskatarrh. In einigen Bezirken der Peripherie noch unverändertes rüsengewebe mit Keimzentren erhalten. Im übrigen Retikulum verdickt. Bindegewebs-erne erscheinen häufig sehr hell, zum Teil gebläht. Gefäßwanddegeneration, kleine An-ammlungen von Polymorphkernigen, Riesenzellen vom Sternbergschen und Langhans-chen Typus. Hyaline Thromben in den Gefäßen. Vereinzelt kleinste Abszesse.

Fall 25: Nr. 1673, R., 28 Jahre, Zirkusreiter, Deutscher. Exzision 27. II. 1929.

Drüsengewebe völlig ersetzt durch ein vorwiegend helles Grundgewebe. Die Kerne nd denen der Epitheloidzellen ähnlich. Ferner finden sich verstreut eingelagert Plasma-ellen und große Einkernige mit dunklen Kernen (Übergangszellen). Spärlich Riesen-ellen mit zentral gelegenen Kernen. Makrophagen mit Kerntrümmern. Zuweilen er-cheint das Protoplasma der Plasmazellen homogen und stark eosinophil. Die binde-ewebige Grundsubstanz zeigt streckenweise glasige, bei Eosinfärbung hellrot erscheinende Umwandlung.

Fall 26: Nr. 1676, K., 21 Jahre, Heizer, Deutscher. Exzision 1. III. 1929.

Einige Teile der Drüse unverändert erhalten. Im übrigen kleinste Abszesse um-eben von pallisadenförmig angeordneten Epitheloidzellen. Plasmazellen verstreut und

Digitized by Google

in kleinen Anhäufungen. Starke Abstoßung der Sinusendothelien. Ganz vereinzelt Riesenzellen vom Sternbergschen Typus. An einigen Stellen Gefäßwanddegeneration. Stränge neugebildeten Bindegewebes.

Fall 27: Nr. 1699, D., 24 Jahre, Reiniger. Exzision 13. II. 1929. (Fall 2 der Arbeit Ruge.)

Drüsengewebe in einigen Bezirken unverändert, in anderen Retikulumverdickung und Bindegewebswucherung. Stellenweise mäßig starke Infiltration mit Polymorphkernigen. An kleinen umschriebenen Stellen Kernzerfall mit Chromatinkugeln in verschiedener Größe. Polymorphkernige finden sich in diesen Bezirken nur spärlich, dagegen mäßig reichlich Rundzellen. Zahlreiche neugebildete Gefäße, ihre Wandung zeigt häufig Degenerationserscheinungen. Zum Teil sind die Gefäße durch homogene Massen verstopft. In anderen Bezirken finden sich Ansammlungen großer Zellen mit chromatinarmem Kern. Zwischen sie eingelagert Übergangszellen und viele Plasmazellen. Spärlich Eosinophile. Mäßig reichlich abgestoßene Sinusendothelien mit aufgenommenen Zelltrümmern.

Fall 28: Nr. 1735, Sch., 21 Jahre, Offiziersaspirant, Deutscher. Exzision 3. V. 1929.

Drüsengewebe noch in größeren Bezirken erhalten. Sinuskatarrh, herdförmige Bindegewebswucherungen, Gefäßwanddegeneration. In einzelnen Partien schwache Infiltration mit Polymorphkernigen. Spärlich Plasmazellen, ganz vereinzelt Riesenzellen. Weiterhin mäßig reichlich große Zellen mit chromatinarmen Kernen und einige Übergangszellen.

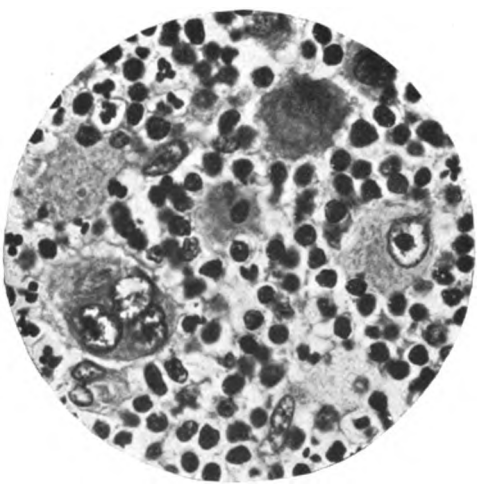


Abb. 3. Lymphdrüse, Riesenzellen mit zentral gelegenen Kernen. Vergr. 1 : 610

Fall 29: Nr. 1736, X. X., 1929 (Abheilungszustand).

Sehr dicke Bindegewebszüge umgrenzen kleine Inseln mehr oder weniger veränderten Drüsengewebes. Zahlreich neugebildete Gefäße, zum Teil verstopft durch hyaline Thromben. Einige Riesenzellen mit wenigen, sehr großen Kernen. In das Bindegewebe eingelagert finden sich sehr reichlich Eosinophile und mäßig reichlich Plasmazellen.

Fall 30: Nr. 1749, H., 38 Jahre, Quartiermeister, Deutscher. Exzision 1. VI. 1929.

Hautreaktion nach Frei positiv.

Drüse: Kleinste Abszesse, Retikulumverdickung. Bindegewebswucherung. Herdförmig Einlagerung von Plasmazellen. Stellenweise Gefäßwanddegeneration, Fibrinablagerung. Übergangszellen. Vereinzelt Riesenzellen vom Sternbergschen Typus.

Fall 31: Nr. 1757, G., 24 Jahre, Matrose. Deutscher. Exzision 24. VI. 1929.

Hautreaktion nach Frei positiv.

Drüsenkapsel verdickt und infiltriert.

Drüsengewebe nur noch zum kleinen Teil erhalten. Im übrigen Retikulumverdickung. Bindegewebswucherung, kleine Ansammlungen von Polymorphkernigen. Eosinophile Zellen, große helle Kerne, Plasmazellen, ganz vereinzelte Riesenzellen. Viele abgestoßene Sinusendothelien.

Fall 32: Nr. 1758, V., 21 Jahre, Heizer, Deutscher. Exzision 21. VI. 1929.

Hautreaktion nach Frei positiv.

Drüse diffus verändert. Sehr starke Bindegewebswucherung. Kleinste Abszesse. Riesenzellen vom Sternbergschen und Langhansschen Typus. Hyaline Veränderungen des neugebildeten Bindegewebes, besonders in der Umgebung der Gefäße. Verdickung und Degeneration der Gefäßwände. Herdförmige Ansammlungen von Plasmazellen. Kleine Blutungen.

Fall 33: Nr. 1765, St., 28 Jahre, Schmied. Kein Auslandsaufenthalt. Exzision 28. VI. 1929.

Hautreaktion nach Frei positiv.

Digitized by Google

Retikulum verdickt. Bindegewebswucherung. Gefäßwanddegeneration. Thrombosierung zahlreicher kleiner Gefäße. Zahlreiche große chromatinarme Kerne, spärlich Plasmazellen. Kleine umschriebene Bezirke mit Kernzerfall. In anderen Teilen in starker bindegewebiger Umwandlung begriffenes Granulationsgewebe. Spärlich Riesenzellen vom STERNBERGschen Typus.

Fall 34: Nr. 1870, B., 20 Jahre, kaufmännischer Angestellter, Deutscher. Exzision 17. IX. 1929.

Kleinste Abszesse, umgeben von Epitheloidzellen. Zonen großer heller Kerne. Riesenzellen vom STERNBERGschen und LANGHANSschen Typus. Kleine Blutungen. Gefäßwanddegeneration. Neugebildete Bindegewebsstränge, zum Teil hyalin verändert.

Fall 35: Nr. 1871, Sch., 23 Jahre, Trimmer, Deutscher. Exzision 21. IX. 1929.

In Entstehung begriffene kleinste Abszesse. Verstreut Plasmazellen und große helle Zellen. Vereinzelt Riesenzellen vom STERNBERGschen Typus. Übergangszellen. Neugebildete Gefäße mit zum Teil degenerativ veränderter Wand.

Fall 36: Nr. 1878, D., 42 Jahre, Heizer, Deutscher. Exzision 7. X. 1929.

Kleine Abszesse, umgeben von Epitheloidzellen. Starke Phagozytose, besonders am Rand der Abszesse. Kleine Nekrosen. Spärlich Eosinophile. Vereinzelt STERNBERGsche und LANGHANSsche Riesenzellen. Verstreut Plasmazellen und große chromatinarme Kerne. Neugebildete Bindegewebszüge. Gefäßwanddegeneration.

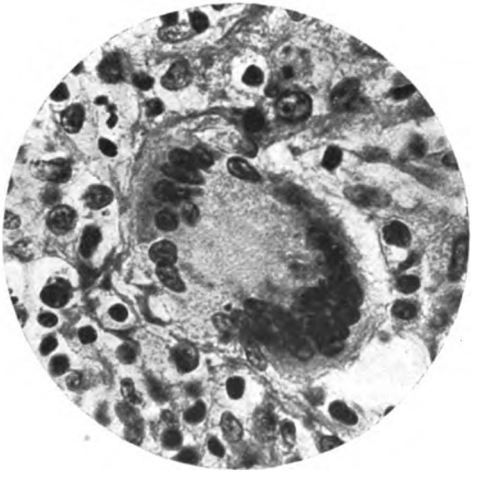


Abb. 4. Lymphdrüse, Riesenzelle mit peripher angeordneten Kernen. Vergr. 1 : 610

Überblickt man vergleichend die histologischen Befunde der 36 Fälle, so wird die Einheitlichkeit der Untersuchungsergebnisse offenbar. Das histologische Bild der klimatischen Bubonen, so wie es sich im vorangehend geschilderten Material zeigte, ist folgendes: Der Drüsenaufbau ist tiefgreifend verändert, die Abgrenzung der einzelnen Lymphfollikel verwischt. Das periglanduläre Gewebe ist in der Regel durchsetzt mit kleinen Rundzellen, Plasmazellen und einer kleinen Anzahl eosinophiler Zellen. Die Drüsenkapsel ist häufig verdickt und ebenfalls infiltriert. Die in der eigentlichen Drüsensubstanz gefundenen wesentlichsten Befunde sind folgende:

1. schon bei schwacher Vergrößerung auffallende kleinste Abszesse,
2. kleine Nekrosen,
3. Verdickung des Retikulums,
4. zu rascher bindegewebiger Umwandlung neigendes Granulationsgewebe,
5. Gefäßwanddegeneration,
6. eosinophile Zellen,
7. Riesenzellen,
8. Ersatz der Lymphozyten durch größere Zellen von verschiedener Herkunft und Plasmazellen.

Zu 1. Kleine Abszesse. Sie sind sehr charakteristisch, weswegen auch von den meisten früheren Untersuchern besonders auf sie hin-

Digitized by Google

gewiesen wird. Es finden sich dichte Anhäufungen zerfallender Kerne, darunter sind zahlreiche Kerne polymorphkerniger Leukozyten. Schon bei schwacher Vergrößerung fallen diese kleinen Abszesse durch ihre dunkle Zerfallszone auf, um so mehr als sie nach außen hin in der Regel durch eine helle Zone großer, länglicher, verhältnismäßig chromatinarmer Kerne von Epitheloidzellen abgegrenzt wird. Daß diese Epitheloidzellen zuweilen eine pallisadenförmige Anordnung haben können, wurde bereits von früheren Untersuchern festgestellt.

Zu 2. Kleine Nekrosen. Sie unterscheiden sich von den Abszessen hauptsächlich durch das Fehlen oder die Seltenheit der polymorphkernigen Leukozyten. An umschriebenen Stellen des Gewebes liegen zerfallende Kerne von Retikulumzellen, Endothelien und Bindegewebszellen. Die Kerne zeigen oft ungewöhnliche Form; sie erscheinen zum Teil zersprengt, zum Teil wie abgeschmolzen, einige bilden größere oder kleinere Kugeln, oft in einem hellen Hof gelegen; andere haben die Gestalt kürzerer oder längerer Chromatinstäbchen, auch gekrümmte Gebilde kommen vor. Es sind meines Erachtens nach darunter die Formen, die Gamma als Parasiten anspricht, eine Auffassung, der ich mich bisher nicht anschließen konnte, da sämtliche dieser Gebilde in meinem Material färberisch sich wie die unversehrten Kerne verhielten und besonders alle Übergänge von normalen Kernen zu den kleinsten Kernresten nachweisbar waren. Ich muß dabei zugeben, daß, falls es sich bei dem Erreger etwa um einen Pilz handelte, der in kleinen Kugeln oder Keulenformen im Gewebe liegt und sich färberisch wie die Kerne verhielte, sein Nachweis durch die Vielgestaltigkeit der Kernreste außerordentlich erschwert wäre.

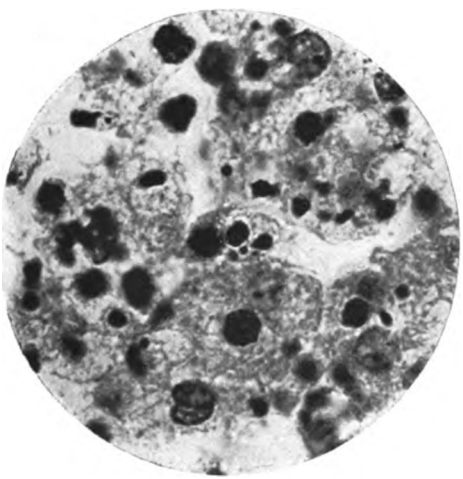


Abb. 5. Lymphdrüse, Nekrose mit kugeligen und verschiedenartig gestalteten Kernresten. Vergr. 1 : 1100

Zu 3. und 4. Retikulumverdickung, Granulationsgewebe und Bindegewebswucherung. Diese Veränderungen sind augenfällig. Auf den frühzeitigen und starken Umbau des Gitterfasergerüstes hat bereits Sei bei seinen Untersuchungen an versilberten Schnitten hingewiesen. Sehr frühzeitig kommt es auch zu einer sehr starken Bindegewebswucherung als Ersatz des sich in die Nekrosen und Abszesse vorschiebenden Granulationsgewebes.

Zu 5. Gefäßwanddegeneration. Sie ist sehr charakteristisch und wird in fast allen Fällen gefunden. Man gewinnt den Eindruck, daß das Virus ganz besonders die Gefäßwandzellen schädigt (s. auch Müller und Justi). Die Wand der kleinen Gefäße erscheint gequollen, die Kerne oft sehr chromatinarm und vergrößert, häufig kurz wellenförmig gekrümmt;

Digitized by Google

durchtretende Wanderzellen sind nicht selten. Die Endothelien liegen oft abgestoßen frei im Lumen der Gefäße. Häufig ist das Lumen völlig durch glasige strukturlose Massen (hyaline Thromben Müller und Justi) verlegt.

Zu 6. Eosinophile Zellen. Sie wurden in etwa der Hälfte der Fälle gefunden, zum Teil nur spärlich, zum Teil massenhaft, besonders bei der Organisation von Nekrosen und Abszessen. Ihre verhältnismäßige Häufigkeit in den klimatischen Bubonen steht fraglos mit der Natur des Erregers im Zusammenhang.

Zu 7. Riesenzellen. Sie wurden in 23 unter 36 Fällen gefunden und kommen in der Hauptsache in zweierlei Form vor. Am häufigsten sind es Zellen, die dem Typus der Sternbergschen Riesenzellen entsprechen. In der Mitte eines großen Protoplasmakörpers liegt eine kleine Zahl von großen, chromatinreichen Kernen. Nur spärlich fanden sich Riesenzellen vom Langhansschen Typus mit häufig pallisadenförmig in der Peripherie des Protoplasmas angeordneten Kernen, vereinzelt kommen auch Riesenzellen mit einem einzigen, sehr großen Kern vor. Die Sternbergschen Riesenzellen waren in dem vorliegenden Material stets an Stellen mit beginnender Bindegewebsumwandlung am zahlreichsten.

Zu 8. Ersatz der Lymphozyten durch große helle Zellen verschiedener Herkunft und durch Plasmazellen. Im Vorangehenden wurde der Kürze wegen von hellen Zellen gesprochen. In den meisten Präparaten, in denen der Aufbau der Drüse weitgehend verändert war, fielen schon beim Übersichtsbild größere helle Zonen zwischen den Resten erhaltenen dunklen lymphozytären Gewebes auf. Diese helleren Zonen setzen sich zusammen aus großen Zellen, deren Protoplasmakörper nicht immer deutlich erkennbar ist. Die Kerne sind teils rundlich und unregelmäßig, teils spindelförmig bis stabförmig. Die Mehrzahl der Kerne ist verhältnismäßig chromatinarm. Oft zeigen die Kerne deutliche Degenerationserscheinungen in Gestalt von Einschnürungen und beginnendem Zerfall. Nicht selten wie abgeschmolzen. Es handelt sich teils um gewucherte Retikulumzellen, zum Teil um gewucherte abgestoßene Endothelien, um Abkömmlinge von Bindegewebszellen und um Zellen, die Resten von Keimzentren entstammen, mehr oder weniger veränderte Lymphoblasten. Daneben finden sich große dunkle, einkernige Zellen, deren Herkunft mir nicht sicher erscheint, sie stehen morphologisch zwischen Lymphoblasten und Endothelien und wurden unverbindlich als Übergangszellen bezeichnet. Plasmazellen wurden in allen Fällen mehr oder weniger reichlich gefunden. Zuweilen ließen sie eine homogene, stark eosinophile Umwandlung ihres Protoplasmas erkennen. Eine kugelige Umformung des Protoplasmas oder ein Auftreten freier, stark eosinophiler Kugeln, wie man sie bei Hautleishmaniose nicht selten beobachten kann, fand sich nicht.

Meine an 36 Fällen erhobenen Befunde stimmen in allen wesentlichen Punkten überein und decken sich weitgehend mit den Befunden früherer Untersucher. Besonders die Angaben von Müller und Justi konnte ich völlig bestätigen, auffallenderweise berichten diese Verfasser nichts über das Vorkommen von Eosinophilen und Riesenzellen. Geht aus alledem hervor, daß das histologische Bild der klimatischen Bubonen durchaus charakteristisch ist, so bleibt noch die Frage offen, ob es als nur bei dieser

Digitized by Google

Krankheit vorkommend anzusehen ist, so daß es möglich sein müßte, mit völliger Sicherheit histologisch die Diagnose zu stellen. Dies glaube ich verneinen zu müssen. So sehr charakteristisch, besonders das vollentwickelte histologische Bild ist mit seiner Vereinigung von kleinen Abszessen, Nekrosen, Gefäßwanddegeneration, Retikulumverdickung, Eosinophilen, Riesenzellen und Plasmazellen, so muß man doch zugeben, daß in besonderen Ausnahmefällen andere Erkrankungen histologische Veränderungen machen können, die in allen Punkten mit denen für die klimatischen Bubonen als charakteristisch anzusehenden übereinstimmen. Hellerström führt mehrere solche Fälle an und erst kürzlich berichtete Prof. W. Fischer (Rostock) auf der Tagung der Deutschen Tropenmedizinischen Gesellschaft in Tübingen, daß er das völlig gleiche histologische Bild wie bei klimatischen Bubonen in einem Falle hereditärer Lues gefunden habe.

Ich selbst fand bei einem Manne mit großen, harten Drüsenpaketen am Hals, die klinisch den Eindruck einer bösartigen Geschwulst machten, in dem exzidierten Material histologische Bilder, die alle Eigentümlichkeiten eines klimatischen Bubos aufwiesen. Die Untersuchung ergab mit Sicherheit in diesem Falle einen Pilz als Ursache der Veränderungen. Auch die überraschend günstige Beeinflussung der Erkrankung durch Jodkalium zeigte, daß in diesem Falle trotz übereinstimmenden histologischen Bildes ein klimatischer Bubo auszuschließen war.

Zusammenfassung

Die im vorliegenden geschilderten Untersuchungsbefunde von 36 Fällen klimatischer Bubonen ergaben, daß es sich um ein einheitliches histologisches Bild handelt, das, wenngleich auch nicht spezifisch, doch für die Erkrankung als durchaus charakteristisch anzusehen ist.

Literatur

Ausführliche Literaturangaben finden sich bei Hellerström, S., A Contribution to the Knowledge of Lymphogranuloma inguinale, Acta Dermato-Venereologica, Suppl. I. Stockholm 1929, und Fischl, F., Lymphogranulomatosis inguinalis. Handbuch der Haut- und Geschlechtskrankheiten, herausg. v. J. Jadassohn, Bd. 21, S. 463—477. Springer. Berlin 1927.

In der Arbeit angeführte Literatur:

1. Durand, M., Nicolas, J. und Favre, M., Lymphogranulomatose inguinale subaigué d'origine genitale probable, peut-être vénérienne. Soc. med. des hôpitaux de Paris. Sitzung vom 31. I. 1913. Bull. et Mém. de la soc. med. des hôpitaux de Paris 6. II. 1913. — 2. Durand, M., Nicolas, J. und Favre, Lymphogranulomatose localisée de l'aine. Med. Soc. de chirurgie de Lyon. Sitzung vom 13. II. 1913, S. 64—77. — 3. Gamna, C., Sulla linfogranulomatosi inguinale. Archivio per le Scienze Mediche 1923, Bd. 46, Nr. 3. — 4. Gamna, C., Nuove ricerche sulla etiologia della linfogranulomatosi inguinale subacuta (Nota preventiva). Giornale di Biologia e Medicina Sperimentale, April 1924, Bd. 1, Nr. 11. — 5. Letulle, M. und Nattan-Larrier, L., Etude histologique du bubon climatérique. Bull. Soc. Path. Exot., 1910, Bd. 3, Nr. 10. — 6. Müller und Justi, K., Beitrag zur Kenntnis der klimatischen Bubonen. Beih. z. Arch. f. Schiffs- u. Trop.-Hyg., 1914, Bd. 18, S. 857. — 7. Phylactos, A., Lymphogranulomatose des ganglions inguinaux (Ulcère vénérien adenogène) ses rapports avec le bubon climatérique. Travail du Service du Dr. Favre. Villefranche 1922. — 8. Seidel, S. Über die histologischen Veränderungen in den sogenannten klimatischen Bubonen unter besonderer Berücksichtigung der Gitterfasern. Arch. f. Schiffs- u. Trop.-Hyg., 1923, Bd. 27, S. 81—93.

Digitized by Google

Aus der Universitätsklinik für Dermatologie und Syphilidologie in Innsbruck
(Vorstand: Prof. Dr. L. KUMER)

Über abortive Skabies

Von

Dr. R. KULISCH, Assistent

Bei der Krätze des Menschen kann man Extreme der Ausbreitung beobachten, einerseits: die sogenannte Scabies norwegica, den höchsten Grad dieser Erkrankung, trotz der fortgeschrittenen hygienischen Verhältnisse noch ab und zu vorkommend, andererseits: abortive Skabiesfälle. Gerade letztere Art hat noch keine allgemeine Würdigung erfahren. Ein solcher Fall soll im folgenden beschrieben werden.

70jähr. Mann spürt seit 5—6 Wochen an der Beugeseite des rechten Handgelenkes einen Juckreiz. Es trat zuerst ein kleines rotes Knötchen auf, das sich dann in die Länge auswuchs.

Status praesens: An der Beugeseite des rechten Handgelenkes ein 5 cm langes, streifenförmiges Gebilde, das ganz an einen Milbengang erinnert; der Verlauf dieser Hautveränderung zeigt eine leichte Wellenform. An der ganzen übrigen Haut des Pat. nicht die geringste Veränderung.

Die Untersuchung der Kopfendes dieses milbengangartigen Gebildes ergab tatsächlich die Anwesenheit von 1 Milbe, 4 Eiern und Fäzes.

Es liegt also eine durch den Erregernachweis gesicherte Skabies vor, die aber in zweierlei Hinsicht Interesse bietet. Das erste ist die abnorme Länge des Milbenganges; im allgemeinen überschreitet ein solcher 1 bis 2 cm an Länge fast nie; HEBRA erwähnt allerdings einen Milbengang von 10 cm Länge, den zu beobachten er Gelegenheit hatte.

Noch interessanter ist aber, daß, trotz des Vorhandenseins einer lebenden Milbe im Milbengange, es zu keiner Ausbreitung der Erkrankung beim Pat. gekommen ist. Der Milbengang wurde nach Entfernung der Milbe nicht zerstört und auch in diesem Zeitpunkte hätte ja noch durch die auswachsenden Eier eine Verbreitung der Erscheinungen stattfinden können. Eine Nachuntersuchung des Kranken, 6 und 8 Wochen nach Entfernung der Milbe, zeigte das Vorhandensein vollkommen normaler Verhältnisse.

Man könnte durch diesen abnormen Verlauf zur Ansicht kommen, daß vielleicht eine andere Milbenart hier vorliegt. Prof. FIEBIGER von der tierärztlichen Hochschule in Wien hatte die Freundlichkeit, die Milbe zu bestimmen und erkannte sie als ein gewöhnliches Exemplar eines Weibchens von Sarcoptes hominis.

Solche isolierte Skabiesgänge erwähnt PICK im Handbuch der Haut- und Geschlechtskrankheiten und er hebt hervor, daß gerade sie sich oft durch große Länge auszeichnen. Auch PICK betont, daß das Ausbleiben einer Allgemeininfektion bei Bestehen eines einzelnen langen Skabiesganges noch nicht geklärt ist. Die Annahme, daß in solchen isolierten Milbengängen mit fehlender Allgemeinausbreitung unbefruchtete Weibchen sich finden, wäre ja naheliegend; durch den Nachweis der Eier im obigen

Digitized by Google

Falle ist auch diese Erklärung hinfällig. Eine andere Möglichkeit bestünde darin, daß infolge guter Hautpflege die Generalisierung der Skabies ausbleibt; nun gehörte obiger Kranker nicht zu jenen Gesellschaftsklassen, die auf übertriebene Körperpflege Wert legen; der Milbengang war nicht zerkratzt und unbehandelt. Die Länge des juckenden Milbenganges paßt jedenfalls nicht zu einer guten Hautpflege.

So läßt sich dieses eigenartige Krankheitsbild einer abortiven Skabies nur feststellen, ohne daß man heute bereits eine befriedigende Erklärung dafür geben könnte.

Zusammenfassung

Isolierter 5 cm langer Milbengang mit Nachweis von Milbe und Eiern, ohne daß es zu einer Ausbreitung der Skabies gekommen wäre.

Aus der dermatologischen Abteilung des Städt. Krankenhauses Altona

Über die angebliche Gefährlichkeit intravenöser Gonokokkenvakzineinjektionen

(Bemerkungen zu den Arbeiten von Dr. Blümmers und Dr. Lilienstein)

Von

Prof. Dr. C. Bruck

In Nr. 31 dieser Wochenschrift berichtet Blümmers aus der Löheschen Abteilung über 4 Fälle, bei denen nach intravenösen Gonokokkenvakzineinjektionen ernstere Nebenwirkungen beobachtet wurden. Er sichtet die spärlichen bisher vorhandenen analogen Mitteilungen der Literatur und kommt dabei zu dem Schlusse, daß zwar trotz der außerordentlich verbreiteten Anwendung der intravenösen Vakzinetherapie solche Zufälle ungemein selten sind, daß sie jedoch mahnen, dem Allgemeinzustand des intravenös zu behandelnden Kranken genaueste Beachtung zu schenken und im Zweifelsfalle von intravenösen Injektionen lieber Abstand zu nehmen.

Obwohl ich selbst, seitdem ich vor etwa 20 Jahren die intravenöse Vakzinetherapie und das Arthigon eingeführt habe, niemals trotz vieler Tausender Injektionen einen ernsteren Zwischenfall erlebt habe, und obgleich diese Therapie allenthalben in weitestem Umfange ausgeübt wird, werden von jedem gewissenhaften Therapeuten die kritischen Ausführungen Blümmers anerkannt werden müssen. Ich möchte daher auch meinerseits die schon von Anfang an betonte Tatsache unterstreichen, daß eine intravenöse Vakzinetherapie bei Gonorrhoe eine zwar praktisch relativ ungefährliche, aber doch nicht indifferente Methode darstellt, und daß vor ihrer Einleitung dem Allgemeinzustand des Patienten genaueste Beachtung zu schenken ist.

Wenn aber Lilienstein die sachlichen Ausführungen Blümmers zum Anlaß nimmt, um unter der sensationellen Überschrift „Exitus nach intravenöser Arthigoninjektion" auf Grund einer von ihm gemachten Beobachtung vor der intravenösen Vakzinetherapie zu warnen, so muß dieser „Kritik" auf das entschiedenste entgegengetreten werden. Lilienstein hat einem Mann mit einem Fibrosarkom des ganzen rechten Herzens wegen einer gleichzeitig bestehenden gonorrhoischen Epididymitis 0.2 Arthigon intravenös gegeben. Nach Ablauf der üblichen Fieberreaktion am gleichen Tage fühlt sich Patient wohl und geht abends aus. Den nächsten Tag verbringt er bei bestem Wohlsein „in lustiger und ausgelassenster Gesellschaft". Am nächsten Morgen wird er sterbend im Bett gefunden. Obgleich, wie wohl jeder Unbefangene, auch der den Fall untersuchende pathologische Anatom jeden Zusammenhang zwischen Exitus und der 2 Tage vorher erfolgten Arthigoninjektion ablehnt, kann Lilienstein „das Unbehagen nicht los werden.

Digitized by Google

dem Patienten durch die Injektion geschadet zu haben". Dieses Unbehagen ist zwar insofern verständlich, als man eben schwer Herzkranken nicht therapeutische Prozeduren zumuten soll, die erfahrungsgemäß eine stärkere Allgemeinreaktion hervorrufen. Wenn jedoch Lilienstein seine Gewissensbedenken dadurch beheben will, daß er nun eine seit Jahrzehnten von den meisten Gonorrhoetherapeuten und auch wohl von ihm selbst geübte Methode in Bausch und Bogen verurteilt und vor ihr warnen zu müssen glaubt, so dürfte dies wohl die Grenzen einer sachlichen Kritik überschreiten.

Der Liliensteinsche Patient ist an einem Herzsarkom, nicht aber, wie der Titel der Mitteilung glauben läßt, infolge Arthigon gestorben, und wenn man überhaupt einen Zusammenhang mit der intravenösen Injektion konstruieren will, so kann man höchstens die nicht mehr neue Lehre daraus ziehen, daß man sich bei Kranken vor Einleitung einer therapeutischen, eine Allgemeinreaktion auslösenden Methode vorher über den Allgemeinstatus und insbesondere über den Zustand des Zirkulationsapparates vergewissern soll. Denn es ist wohl nicht anzunehmen, daß in vorliegendem Falle ein das halbe Herz einnehmender maligner Tumor völlig symptomlos verlaufen ist.

Jedenfalls ändert aber die bedauerliche Erfahrung Lilienteins nichts an der Tatsache, daß die intravenöse Vakzinebehandlung unter Berücksichtigung der von Blümmers neuerdings wieder betonten Richtlinien und nach 20jähriger Erprobung praktisch als weitgehend ungefährlich bezeichnet werden kann. Es besteht somit nicht der geringste Grund, prinzipiell auf diese Methode zu verzichten, um so weniger, als nach den neuesten Untersuchungen von Mulzer und Kening auch noch weit größere Vakzinedosen als die bisher üblichen ohne Schädigungen vertragen werden.

Über zwei schwere Unfälle mit Trypaflavin

Von

Dr. Walter Treuherz in São Paulo (Brasilien)

1. Der Pat. B. F. bekam 1 Tag nach intravenöser Injektion von 5 ccm einer 0.5%igen Lösung von Trypaflavin ganz plötzlich Übelsein und Schwindel, nachdem er schon in der Nacht ein leichtes Frösteln gehabt hatte; Übelsein und Schwindel überfielen ihn auf dem Wege zu meinem Sprechzimmer und hatten sich in nicht ganz 5 Minuten bei ihm zu Erscheinungen hochgradiger Atemnot sowie grobschlägigem Tremor des ganzen Körpers und sehr heftigem Zähneklappern entwickelt. Präkordialangst; Ephetonin hilft bald; Dauer des Anfalles etwa 35 Minuten mit nachheriger beträchtlicher Schwäche.

Für diese Erscheinungen hätte ich nie das Trypaflavin verantwortlich gemacht, wenn nicht der Fall 2 drei Tage später die Zusammenhänge eindeutig geklärt hätte.

2. Domingos C. (wegen Gonorrhoe in Behandlung) erhält zum erstenmal 5 ccm einer 0.5%igen Trypaflavinlösung intravenös, welche anstandslos vertragen werden. 3 Tage später 5 ccm 2%iges Trypaflavin. Auffallende Besserung des Urins, Gonokkokenbefund unverändert. Die 3. Injektion verursacht dem Pat. Speichelfluß, Übelkeit, vorübergehende Röte im Gesicht und leichten Schmerz im Abdomen, die 4. jedoch macht beträchtliche Übelkeit, starke Salivation und, wie der Pat. sagt, unerträgliche Schmerzen im Leib. Er weigert sich, weiter Trypaflavin zu nehmen.

Am 6. Nov., etwa 70 Tage nach der letzten Injektion, überrede ich den Pat. zu einem erneuten Versuch und spritze ihm 5 ccm einer 0.5%igen Lösung ein. Nicht ganz 10 Sekunden später heftiges Erbrechen, nach 20 Sekunden furchtbarer Kollaps, kein Puls zu fühlen, keine Atmung, leichenartige Blässe, knallrot injizierte Skleren, kalter Schweiß, totale Bewußtlosigkeit.

Kampferöl, Koffein, feuchte Abreibungen, 45 Minuten künstliche Atmung bringen den Pat. langsam zu sich, noch nach 80 Minuten besteht hochgradige Atemnot, der Pat. holt selten und unregelmäßig röchelnd Atem. Erst nach 2 Stunden schwindet die Atemnot, der Puls erholt sich ein wenig. Bei dem Versuch des Pat., die Krawatte wieder umzubinden, erneute schwere Atemnot, Schwäche und Übelkeit. Plötzlich entsteht unter furchtbarem Frostgefühl der schon in Fall 1 geschilderte Anfall von grobschlägigem Schütteln und heftigem Zähneklappern; auch hier neben der Atemnot regelrechtes Ver-

Digitized by Google

nichtungsgefühl. Wärme, weitere Injektionen von Kampfer, Koffein und Ephetonin bringen auch diesen Anfall zum Schwinden. Nach 4—5 Stunden ist der Pat. leidlich wiederhergestellt

Erst nachträglich lenken diese beiden Unfälle meine Aufmerksamkeit auf eine Anzahl von Erscheinungen von Übelkeit und Frösteln, auch bei anderen Patienten, für welche ich nie unter anderen Umständen das Trypaflavin verantwortlich gemacht hätte. Wenn es — um irgend ein Beispiel herauszugreifen — beim Neosalvarsan vorkommt, daß hier und da schwere Unfälle oder gar ein Exitus zu verzeichnen sind, so müssen wir dies bei dem anerkannten Werte dieses Medikamentes eben hinnehmen. Kommt es jedoch zu derartigen Vorfällen bei einem Mittel, dem schließlich spezifische Wirkungen nicht nachgesagt werden können, so scheint mir bei seiner Anwendung eine gewisse Einschränkung geboten.

Versammlungen

Verein Dresdner Dermatologen

Sitzung vom 2. Oktober 1929

Vorsitzender: Werther

Werther: Keratoma palmare et plantare.

56jähr. Pat. mit schwerer Salvarsandermatitis. Nebenbefund: Keratoma palmare et plantare. Diese Mißbildung wird dominant vererbt; in der Aszendenz ist sie bis zur Großmutter und in der Deszendenz bis zu seinen und seiner Geschwister Enkeln, also durch 5 Generationen nachweisbar. Im Verlauf der Salvarsandermatitis stieß sich bei dem demonstrierten Pat. die Hornschicht in der Dicke einer Schuhsohle ab. Die Regeneration erfolgte in Form von runden Hornkugeln, also zunächst in kleinen Herden um eine sichtbare Pore herum. In einem anderen Falle waren in 3 Generationen 11 Keratomfälle festzustellen, meistens Mädchen.

Kloeppel: Prurigo aestivalis.

Seit 8 Jahren stark zerkratzte Knötchen am Rücken und oberem Drittel der Brust. Die Krankheitserscheinungen bilden sich im Winter zurück, um im Frühjahr bis Sommer erneut aufzutreten. Durch starke Wärme Juckreiz bis zur Unerträglichkeit gesteigert.

Linser denkt an Dermatitis herpetiformis: Arme und Beine sind frei; in der Hauptsache handelt es sich um Knötchen; wenn Pat. diese aufgekratzt hat, läßt der Juckreiz nach.

Werther glaubt, daß wegen des heftigen Juckens Dermatitis herpetiformis in Betracht komme, vermißt aber das multiforme Krankheitsbild und möchte an Acne urticata erinnern, bei der die Lokalisation der Acne vorausgesetzt werden muß. Hier sind Gesicht und Stirn frei, aber Rücken und Kreuzbein befallen. Die Lokalisation schließt Sommerprurigo aus, weil diese durch Lichtschädigung entsteht.

Werther: 1. Pemphigus foliaceus.

24jähr. Mann, Beginn Dezember 1928 mit Blasenbildung an der linken Wange. Im April Ausbreitung über den Rumpf, ohne vorheriges Erythem, kein Jucken. Allmählich der ganze Körper rotbraun verfärbt und bedeckt mit teils flachen, serpiginöse Linien bildenden Blasen, teils matschig abblätternden Fetzen. Schleimhäute frei, erhöhte Temperaturen, subjektives Befinden nicht schlecht. Leukozytose bis 15000, 19% Stabkernige, Eosinophilie wechselnd. In letzter Zeit Herzschwäche. Bäder mit 100 g Sol. Vlemingk wurden gut vertragen, nach Reizbestrahlung der Hoden nur vorübergehende Besserung.

2. Prämykotisches Erythem mit schwarzbrauner Pigmentierung.

Der 58jähr., etwas demente Berginvalide leidet seit Jahren an einer stark juckenden Hautkrankheit, so daß er sich mit Bürsten wund scheuerte. Bei Aufnahme Mai 1929 wenige kleine Bezirke gesunder Haut, außerdem stationäre, rote

Digitized by Google

kreisförmig begrenzte Flächen, besonders merkwürdig aber ein diffus verteiltes, dunkles, schwarzbraunes Pigment; letzteres stieß sich mit der Hornschicht ab und erneuerte sich von unten herauf; Arsenbehandlung nicht vorausgegangen. Die Diagnose Mycosis fungoides wurde durch das Auftreten scheibenförmiger Infiltrate bestätigt, welche erodierten, z. T. tiefer exulzerierten und unter Röntgenbestrahlung heilten. Histologisch ein Granulationsgewebe dicht unter dem Rete. Keine Flügelzellen nach Paltauf. Leukozytose bis 17000 und Linksverschiebung. Eosinophilie bis 20%. Verlauf wechselreich, anfallsweise hohe Fiebersteigerungen, einmal choleraähnlicher Durchfall, dann Ödeme im Gesicht, die über Nacht schwanden.

3. Regionäre Sklerodermie mit Prurigo.

62jähr. Mann, seit 14 Jahren hautkrank, beginnend mit Rötung und Jucken an den Unterschenkeln. Jetzt Blaurotverfärbung beider Beine. Oberhaut der Oberschenkel knittrig dünn, läßt sich leicht abheben, als wenn sie zu weit wäre. Dazwischen Kratzeffekte und Prurigoknötchen. Haut an den Unterschenkeln straff an die Unterlage fixiert, atrophisch, z. T. ulzeriert; darunterliegende Weichteile auch atrophisch. Die Prurigo ist nach Angabe des Kranken der Anfang des Leidens gewesen und vielleicht ein Hinweis darauf, daß vasomotorische Störungen ihr zugrunde liegen. Demonstration der Moulage eines ähnlichen Falles: Oberschenkel einer alten Frau mit diffuser Sklerodermie, weiter oben umschriebene Herde (Morphaea). Die positive WR ließ daran denken, daß eine Syphilis der endokrinen Drüsen bestehe.

4. Allgemeine Sklerodermie mit ödematösem Charakter am Oberkörper und sklerosiert an den Unterschenkeln.

Das linke Bein wegen Karzinom amputiert, das rechte wegen Karzinom in der atrophischen Haut jetzt in Radiumbehandlung. Pat. bereits früher demonstriert.

5. Dermatosklerose der Unterschenkel.

Haut hart, gespannt, an den Knöcheln ulzeriert, unter dem Knie pigmentiert, unten depigmentiert. Atrophie der Muskeln und Sehnen und Onychogryphosis. Als Ursachen sind hier Varizen anzusehen.

6. Gumma der Bursa praepatellaris.

7. Kleinknotige (miliäre) Gummen an Gaumen und Pharynx.

WR negativ; Luetinreaktion stark positiv. Diagnose auswärts auf Tuberkulose gestellt — wegen negativer WR. Beim Ehemann eine inkomplette Tabes.

8. Über die herrschende Mikrosporieepidemie (erschien Derm. W.).

Sitzung vom 6. November 1929

Galewsky: Fall von Fox-Fordycescher Krankheit.

22jähr. Pat., seit einem Jahr kleinste perlschnurartig angeordnete, lichenoide Knötchen auf stark pigmentierter Haut in den Axillen: Warzenhof und Pubes nicht befallen; starker Juckreiz, weswegen Röntgenbehandlung. Wegen des möglichen Zusammenhanges mit apokrinen Drüsen wurde Pilokarpin versucht; bisher geringe Besserung.

Scharfe: Tertiärsyphilid des Gesichts.

Seit 1924 besteht Schultergelenkserkrankung, seit einem Jahr bestehen die Hauterscheinungen auf der Stirn.

Galewsky berichtet über ähnliche Fälle; man muß bei röntgenologisch diagnostizierter Osteochondritis an Lues denken.

Werther: 1. Pagets Disease am Knie.

Bei 69jähr. Frau unter dem linken Knie seit einem Jahr eine Krankheit, die einem seborrhoischen Ekzem gleicht, bräunlich gefärbt, scharf bogenförmig begrenzt, im Zentrum ein roter nässender Knoten, sonst flach und trocken; am Rande eine feine, grauweiße Leiste. Der Anblick erinnert an Pagets Disease an der Brust der Frauen. Histologisch Karzinom mit großen klumpigen Kernen und Vakuolen im Protoplasma. Demonstration eines Bildes von Pagetscher Krankheit bei einem Mann um die Mamille bei in der Achsel bestehender Metastase.

2. Erythema induratum exulceratum.

Bei 24jähr. Pat. seit 6 Jahren Beingeschwüre; kein Trauma, keine Varizen. Jetzt außer zahlreichen Narben ein größeres Geschwür mit bogenförmiger Begrenzung, vertieft, am Rande wulstig. Gegen Lues spricht negative WR und Luetinreaktion; für Tuberkulose sprechen hereditäre Belastung und 1927 beobachtete positive Tuberkulinreaktion des Geschwürs und der Umgebung. Röntgenologisch kein Lungen-

Digitized by Google

befund. Probeexzision ergab Granulationsgewebe mit vorwiegend epitheloiden Zellen und spärlichen Riesenzellen, knotenbildend, Lymphozytenbegrenzung der Knoten (Epitheloidzellentuberkel).

Ehrlich empfiehlt Jodkalibehandlung zur Sicherung der Diagnose.

3. Plattenzellenkarzinom am Gaumen.

51jähr. Pat., starker Raucher. Seit 6 Wochen beißende Schmerzen am weichen Gaumen. Man sieht einen markstückgroßen Herd, der im Zentrum kleine, grau durchscheinende Knötchen und einen leicht erhabenen Wall von grauer Farbe aufweist. Histologisch Plattenepithelkarzinom. Zur Radiumbestrahlung (5 Nächte lang je 10 Stunden 20 mg sind geplant) ist die Anfertigung einer gutsitzenden Prothese erforderlich, welche das Radium trägt und an den Zähnen befestigt ist.

Kruspe: Fall zur Diagnose.

Auf dem Kopf eines 10jähr. Mädchens ein zweimarkstückgroßer kreisrunder Herd, leicht erhaben, gerötet, und in dem sämtliche Haare fehlen. Soll von Geburt an bestehen; Naevus an der rechten Schulter. Das Kind wird wegen Verdacht auf Mikrosporie geschickt.

Linser hält den Herd auf dem Kopf für einen Naevus.

Werther empfiehlt Probeexzision, um die Diagnose abgeheilter Favus, Lupus erythematosus, Naevus zu klären.

Galewsky hält Lupus erythematosus für wahrscheinlich.

Kruspe glaubt dies nicht, da zentrale Atrophie fehlt.

Werther: Karzinom am rechten Unterlid nach Radiumbehandlung.

Exzision des Tumors wurde vom Chirurgen nicht empfohlen, weil er das ganze untere Lid in ganzer Breite einnimmt und der Defekt sehr störend sein würde. Pat. erhielt im Januar, März und Mai je eine Radiumbestrahlung (pro Bezirk 200 mg-Stunden) und zeigt heute eine schöne glatte Narbe. Lidschluß vollkommen.

Ehrlich: Granuloma anulare am Handrücken.

Wurde vor 25 Jahren als benignes Sarkoid publiziert, ist wiederholt rezidiviert und jetzt unter As-Behandlung zurückgegangen. An den Resten ist noch die elfenbeinähnliche Färbung und die bogenförmige Anordnung erkennbar.

Galewsky publizierte diesen Fall vor 25 Jahren als ersten Fall in Deutschland. Der Herd war damals viel kleiner und heilte unter As und Röntgen ab.

Werther: Zur Mikrosporieepidemie in Dresden.

Zwei frische Fälle mit wie mit Asche bestreuten Flecken mit abgebrochenen Haaren. Bis jetzt wurden hier etwa 60 Kinder behandelt. Der Anfang der Epidemie ist unbekannt, die ersten Fälle kamen im April. Bei dieser beobachteten wir zweierlei Formen: 1. Kinder mit typischen, oben beschriebenen Mikrosporieherden; 2. Kinder mit mehr oder weniger zahlreichen, erbsengroßen oder auch etwas größeren, an Alopecia areata erinnernden, glatten, kahlen Stellen. Bei zwei Kindern wurden die beiden Formen nebeneinander beobachtet. In einem Hause waren in 2 Familien 7 Kinder befallen, davon bei 2 Kindern typische Herde mit positivem Pilznachweis, bei den übrigen 5 Kindern nur kahle Flecken. Demonstration von 10 Kindern, bei denen nur kleine kahle Stellen nachzuweisen waren, keine schuppenden Herde. In den kahlen Flecken sind z. T. noch Poren, z. T. einzelne kurze Haarstumpfe nachweisbar, z. T. sind sie aalglatt, ohne Poren und ohne Stümpfe, also oberflächlich atrophisch, oder es zeigt sich sogar eine tiefgehende Atrophie, die auch das Fettgewebe erfaßt hat (ob eine Eiterung vorhergegangen ist, ließ sich in unseren Fällen nicht nachweisen). Bei einzelnen Kindern gingen diese kahlen Flecken ineinander über und bildeten größere zackige Herde. Um die kahlen Stellen deutlich sichtbar zu machen, ist erforderlich, die Haare zu scheren, der Kopf bietet dann ein Bild wie ein von Motten zerfressener Pelz. Wenn der Kopf von zahlreichen kahlen Flecken befallen ist, wird man an syphilitische Alopezie erinnert. Kahle Stellen wie die oben beschriebenen (Pseudo-Alopecia areata) wurden im Verein mit Mikrosporie bisher nur in England beobachtet und beschrieben. Pilze wurden in diesen Stellen bisher nicht nachgewiesen, auch kulturell nicht, so daß anzunehmen ist, daß es sich um im Ausheilen begriffene Fälle handelt. Als geheilt möchte ich trotzdem diese Fälle erst dann ansehen, wenn wieder Haare gewachsen sind. Zur Prophylaxe sind gut abschließende Kappen zu empfehlen, mit denen die Kinder, die nur kahle Stellen haben, die Schule besuchen dürfen, während Kinder mit typischen Herden, in denen massenhaft Pilze nachgewiesen sind, zwecks Isolierung ins Krankenhaus aufgenommen werden sollen. Behandelt wurden die schweren Fälle mit Epilation, entweder mit

Digitized by Google

mit Röntgen ($^1/_2$ HED, ungefiltert, 11—12 W, in 5—7 Stellungen) epiliert oder mit Thallium aceticum (8 mg pro Kilogramm Körpergewicht) oder mit beiden kombiniert (Thallium 4 mg und Röntgen $^1/_3$ HED ohne Filter); letztere Methode hat sich gut bewährt. Thalliumschädigungen wurden nicht beobachtet. Die Epilation wurde durch Zinkleim- bzw. Leukoplastverbände vervollständigt. Die Nachbehandlung besteht im wesentlichen in täglicher Waschung der geschorenen Köpfe mit Schmierseife und Einreibung mit 10%iger Salizylsäure-Adeps. Ein auffallender Nebenbefund ist Schwellung der okzipitalen und nuchalen Lymphdrüsen. Sie wurden in den meisten Fällen gefunden, die Schwellungen waren gering, nicht selten druckempfindlich.

Galewsky ist der Ansicht, daß als Mikrosporie nur diejenigen Fälle anzusehen sind, bei denen im mikroskopischen Präparat oder kulturell Pilz gefunden werden. Er ist der festen Überzeugung, daß auch bei anscheinend kahlen Flecken, falls diese zur Mikrosporie gehören, am Rande oder in einzelnen Haaren und deren Stümpfen Pilze gefunden werden müssen.

Kloeppel macht den Vorschlag, einen Patienten mit der Pseudo-areata-Form von dem schuppenden Herde eines anderen mikrosporiekranken Kindes Schuppen zu inokulieren, um festzustellen, ob durch immunisatorische Vorgänge die Mikrosporie in zwei verschiedenen Formen auftreten kann, oder ob es sich bei den Areataformen um eine andere Haarerkrankung handelt, die neben der eigentlichen Mikrosporieepidemie auftritt.

Barth fand in einem beobachteten Fall in den Haaren vereinzelt spindelförmige Hohlräume, in denen Sporen eingelagert sind.

Pürckhauer betont, daß der Entscheid, wann der Erkrankte als geheilt zu bezeichnen ist, schwer — auch bei negativem Pilzbefund — zu treffen ist, und die Gefahr der Übertragung seitens der Kinder, die mit Kappen am Schulunterricht teilnehmen, nicht ausgeschlossen ist.

Werther betont, daß bei einer solchen Epidemie jeder verdächtige Fall als K. zu behandeln ist, um die Epidemie einzudämmen. O. Dahmen-Dresden.

Referatenteil

Fachzeitschriften

The British Journal of Urology

1929, Bd. 1, Nr. 3

Begg, R. C.-Wellington, New Zealand: The Verumontanum in Urinary and Sexual Disorders (Der Samenhügel bei Störungen in der Harnentleerung und in der sexuellen Funktion). S. 237.

Pathologische Veränderungen am Samenhügel oder in der hinteren Harnröhre bedingen Störungen in der Miktion oder in der sexuellen Funktion. Die Diagnose wird durch die Urethroskopie gesichert. Die häufigsten pathologischen Veränderungen sind Granulome, durch die Infektion entstanden. Auch Polypen, und zwar flächenhafte und langgestielte flottierende, konnte Verf. beobachten. Die Therapie dieser chronischen Erkrankungen besteht in der Koagulation durch Fulguration. Meist tritt nach einer energischen Koagulation schnell Heilung ein. Neben den Fällen, die über Brennen bei der Miktion klagten, ist ein Fall bei einem 35jähr. Manne beachtenswert, der infolge eines Granuloms an einer sexuellen Übererregbarkeit litt, die den früher sexuell völlig uninteressierten sehr beunruhigte. Nach Koagulation Heilung. Die Anatomie und Physiologie dieser Gebilde ist besonders interessant. Nach Ansicht des Verf. stellt der Samenhügel lediglich eine Ausflußröhre dar, die die Richtung der Ejakulation angibt, dem der Strahl, der durch die Spannung und Straffheit der Samenblasen herausgepreßt wird, entlang der Mittellinie der Harnröhre dirigiert wird, wobei der Bulbus als Verteilungsreservoir dient. Der Sphincter internus hilft bei dem Akt mit, indem er einerseits die Harnblase verschließt, andererseits aber die Prostata hebt und so die hinter dem Samenhügel gelegene Harnröhre verschließt. Bei den Prostatektomierten tritt die

Digitized by Google

sonst gewöhnliche reflektorische Hemmung des Sphincter externus nicht ein. So kann zwar, obgleich der Sphincter internus zerstört ist, kein Urin aus der Harnblase abfließen, aber auch kein Samen durchtreten. Der Utrikulus hat keine wichtige Funktion, er ist lediglich ein Vorhofsüberbleibsel, kann aber, da er häufig der Herd der Infektion ist, klinisch von Bedeutung werden.

Ryall, C.: Pseudo-membranous Trigonitis (Pseudomembranöse Entzündung des Trigonums). S. 254.

Bei den gleichen klinischen Symptomen wie bei einer gewöhnlichen Zystitis fand Verf. mitunter in der Harnblase eine schleierhafte Auflagerung über der Schleimhaut des ganzen Trigonums. In der Nähe der Ureterenmündungen fanden sich unter dem Schleier granuläre Erhebungen, die durchschienen. Eine Hämaturie ist selten. Therapeutisch kommen neben Sandalöl oder Kreosot per os starke Silberkolloidinstillationen in Betracht. Auch die Fulguration hatte bei sonst schwer beeinflußbaren Fällen noch Erfolge gezeitigt.

Cammidge, P. J.-London: Prostatectomy in Diabetics (Die Prostatektomie bei Diabetikern). S. 258.

Vor jeder Prostatektomie muß ein Diabetiker noch eine Insulinkur absolvieren, denn die wenigen Wochen und Monate, die durch eine systematische Diabeteskur verlorengehen, kommen dem Pat. doppelt zugute, da in dieser Zeit auch das Herz und die Nieren für den Eingriff vorbereitet werden können, so daß die Rekonvaleszenzzeit dann auch kürzer ist.

Lee, R. K.-Brown: Precautions in Pyelography (Vorsicht bei Pyelographie). S. 268.

Da es auch bei guter Technik zu einem pyelovenösen Rückfluß kommen kann, fordert Verf., daß die Mittel, die injiziert werden, steril und ungiftig sind. Eine Pyelographie soll immer unter 40 mm Hg Druck durchgeführt werden. Bei dem geringsten Druckschmerz muß man mit der Injektion aufhören. Nur Geübte sollten eine Pyelographie ausführen, weil von Unerfahrenen der Druck immer überschritten wird.

Mitchell, J.-Edingburgh u. W. H. von Lackum-Rochester: Chronic Prostatitis and Vesiculitis: Physical and mikroscopic Data (Über chronische Prostatitis und chronische Samenblasenentzündung. Eine physikalische und mikroskopische Studie). S. 277.

Die Diagnose der chronischen Prostatitis und Vesikulitis wird aus den mikroskopischen Befunden der ausgepreßten Prostatasekrete gestellt, die man mit dem Befund der Allgemeinuntersuchung vergleicht. In selteneren Fällen genügt die einfache mikroskopische Untersuchung nicht, man muß dann noch eine Kultur anlegen. Latente Prostatiden müssen zuerst provoziert werden, ehe man die Diagnose stellen kann. Bei einer chronischen Prostatitis kann der Kollmann-Dilatator, in die hintere Harnröhre eingelegt, selten weiter wie bis Nr. 35 French geöffnet werden, ohne heftigste Schmerzen zu verursachen.

Harris, S. H.-Sidney: Suprapubic Prostatectomy with Closure (Über die suprapubische Prostatektomie mit primärem Blasenverschluß). S. 285.

Verf. hat durch weitgehende Anwendung von mit einer elektrischen Lampe versehenen Blasenretraktoren eine gute Übersicht über die Prostatanische sich verschafft, die er dann mittels tiefer Nadeln — für welchen Zweck Verf. besondere Nadeln und Nadelhalter konstruiert hatte — in mehreren Etagen vernäht, nachdem vorher die Blutstillung exakt durchgeführt wurde. Die letzte Nahtreihe vereinigt das proximale Ende des Harnröhrenstumpfes mit der Harnblasenschleimhaut. Nachdem so keine Blutung mehr zu fürchten ist, konnte primär die Harnblase vernäht werden. Die Arbeit interessiert besonders den Operateur.

Swan, R. H. J.-London: A Case of Lumbar Glandular Metastases Secondary to Sarcoma of the Testis: Disapparence after Treatment with Radium (Über einen Fall von Lumbaldrüsenmetastasen eines Hodensarkoms. Verschwinden nach einer systematischen Radiumbehandlung). S. 296.

Verf. beobachtete bei einem 39jähr. Manne im Anschluß an ein Hodensarkom das Auftreten eines großen retroperitonealen Tumors, der die Niere seitlich verdrängte. Der Tumor wurde operativ freigelegt und in ihn 20 Radiumkapseln eingelegt, worauf die Wunde wieder vernäht wurde. Im Laufe von einem halben Jahr schwand der Tumor fast völlig. Die Verkleinerung des Tumors ersieht man in den Röntgenbildern deutlich an dem Zusammenrücken der Radiumkapseln, die durch ihre Metallwand einen Röntgenschatten geben. Pat. konnte zuletzt seine Arbeit wieder in vollem Umfange aufnehmen.

Digitized by Google

Fuller, E. B.-Edinburgh: Bacillus Coli Infection of Prostate and Seminal Vesicles with Secondary Osteitis (Koliinfektion der Prostata und der Samenblasen mit sekundärer Knochenvereiterung). S. 301.

Verf. hatte bei einer äußerst schweren Koliinfektion der Prostata und der Samenblasen die Vasotomie durchgeführt und die Samenblasen mit Kollargol gespült. Die Infektion in Prostata und Samenblasen ging schnell zurück, aber es bildeten sich zuerst im linken, dann auch am rechten Arm multiple Eiterherde im Knochen, die bald durchbrachen. In dem Eiter konnten Kolibazillen nachgewiesen werden.

MacConaill, M. A.: A Case of Bilateral Double Ureter (Ein Fall von beiderseitigem doppelten Ureter). S. 302.

In dem vom Verf. beschriebenen Fall, einem Pat., der an einer Aortenstenose starb, fand sich bei der Sektion beiderseits eine Verdopplung der Ureteren, und zwar spalteten sich die Ureteren beiderseits erst nach ihrem Austreten aus der Harnblase, so daß zystoskopisch die Diagnose nicht zu stellen gewesen wäre.

A. Rosenburg-Mannheim.

Proceedings of the Royal Society of Medicine

Bd. 22, Nr. 10

Section of Dermatology

Sitzung vom 16. Mai 1929

O'Donovan, W. J.: Keratodermia Gravis Acuta. S. 1387.

Im Verlaufe einer Angina entwickelten sich akut im Gesicht, an Händen, Füßen, Ellenbogen rote Flecke, die sich mit dicken gelblichbraunen, hornartigen, nicht abkratzbaren Schuppen bedeckten, die von einem roten Saum umgeben waren. Nach längerer Zeit begann Abschuppung, die Stellen wurden weicher. Starke Pityriasis des Kopfes. Es handelte sich vielleicht um akute Psoriasiseruption; klinisch bestand Ähnlichkeit mit blennorrhoischer Keratodermie, doch waren bei der noch virginellen Pat. keine Gonokokken nachweisbar.

Brain, R. T.: Two Cases of Poikilodermia (Civatte) (Zwei Fälle von Poikilodermie [Civatte]). S. 1389.

In beiden Fällen fanden sich bräunliche, leicht durchscheinende, scharf begrenzte, etwas eingesunkene Effloreszenzen, die ein feines Netzwerk bildeten, besonders an den Seiten des Gesichts und im Nacken, weniger an Armen und Beinen. Nur geringe Teleangiektasien. Typischer Befund der von Civatte und G. Little beschriebenen Erkrankung.

Brain, R. T.: Acrodermatitis Continua. S. 1390.

Bei einer 71jähr. Frau hatten vor ungefähr 3 Jahren Geschwüre und Pusteln an den Daumen bestanden, die zu Verlust der Nägel führten, dann wiederholte entsprechende Erscheinungen an Fingern und Zehen mit Erythem und Abschuppung; letzteres auch an Armen und Beinen. Kulturen ergaben Streptokokken in Reinkultur. Jetzt an der rechten großen Zehe seit 2 Jahren bestehendes Geschwür.

Barber, H. W.: Lichen Planus with Nerve Distribution (Lichen planus mit den Nerven entsprechender Verteilung). S. 1391.

Im Nacken gruppierte Läsionen, die zunächst an Sklerodermie erinnern, aber als Lichen planus atrophicus aufzufassen sind. Typische Lichen-planus-Papeln in der Gegend des rechten Deltoideus (entsprechend oberflächlichem Zervikalast des Pl. cervicalis, C 3), dann an der Außenfläche des Oberarms und Unterarms (entsprechend dem Verlauf des N. cutaneus internus, C 8—D 1), des Handgelenks (N. ulnaris, C 8—D 1), endlich am Handrücken, dem kleinen, vierten und Innenseite des Mittelfingers (D 6—D 10).

Drake, J. A.: Lichen Planus (?). Case for Diagnosis (Lichen planus [?]. Fall zur Diagnose). S. 1393.

An einem Bein Papeln und Scheiben von Erbsen- bis Zweischillinggröße, von leicht violetter Färbung, geringer Induration, mit scharf begrenzten Rändern, leicht schuppender Oberfläche. Beginn mit kleinen Papeln. Keine planen oder follikulären Papeln, keine Schleimhauterscheinungen.

Digitized by Google

Corsi, H.: Leiomyoma Cutis Multiplex. S. 1393.

Bei einem 21jähr. Manne von Geburt an am linken Bein ungefähr 100 verschieden große Knötchen, mehr oder weniger ovoid, weich, etwas durchscheinend. Im Alter von 17 Jahren nahm Zahl und Größe der Knötchen im Anschluß an die Impfung zu, dann traten in den größeren Knoten Schmerzanfälle auf. Histologisch zeigten sich nach van Gieson-Färbung Bündel ungestreifter Muskelfasern.

Bd. 22, Nr. 12

Sitzung vom 20. Juni 1929

Thomson, M. S.: Blastomycosis. S. 1535.

Im Anschluß an eine durch die äußere Haut durchgebrochene Parulis hatte sich im Gesicht ein geschwüriger Prozeß mit papillomatösen Wucherungen entwickelt. Nach verschiedenen erfolglosen Behandlungen wurde die Erkrankung als Blastomykose erkannt und durch Jodkali sehr gebessert.

Gray, A. M. H.: Von Recklinghausen's Disease (Recklinghausensche Krankheit). S. 1536.

15jähr. Knabe. Ausgedehnte Neurofibrome am Ulnaris und Medianus beiderseits, außerdem nicht sehr große weiche Hautfibrome und Pigmentflecke. Keine geistigen Störungen. Diese letzteren werden auch von anderer Seite als nicht gerade häufig bezeichnet.

Dowling, G. B.: Acquired Epidermolysis Bullosa (?) (Erworbene Epidermolysis bullosa?). S. 1536.

Seit 3 Jahren, wesentlich an Armen, Händen, Beinen, Auftreten von kleinen Blasen, die sich vergrößern, aufbrechen, infolge sekundärer Infektion ulzerieren, mit Hinterlassung von Narben heilen. Der Verdacht, daß es sich um Artefakte handelte, konnte dadurch widerlegt werden, daß die Blasen sich auch unter fest abschließenden Verbänden entwickelten.

Dowling, G. B.: Hypertrophic Lichen Planus (Hypertrophischer Lichen planus). S. 1537.

Bei 82jähr. Manne seit vielen Jahren bestehende, erfolglos mit Röntgen behandelte Affektion. Auf dem größten Plaque Entwicklung eines anscheinend epitheliomatösen Ulkus, doch ergab die mikroskopische Untersuchung, daß es sich um eine papillomatöse, nicht maligne Bildung handelte.

Little, E. G. G.: Acquired Ichthyosis (Erworbene Ichthyosis). S. 1537.

Bei einer mit Radium beschäftigten Person hatte sich Schuppung an den Fingern entwickelt, wegen deren Arsenkuren vorgenommen worden waren. Sodann war am ganzen Körper, auch am Kopf, eine fein schuppende Affektion, ähnlich Ichthyosis aufgetreten. Der Zusammenhang mit Radium erscheint fraglich, in der Besprechung wird der Fall als Arsendermatitis angesehen. E. Levin-Berlin.

Acta Dermato-Venereologica

Bd. 10, H. 3

Braude, R., u. M. Sarchi-Moskau: Zur Klinik, Histologie und Therapie der Sycosis non parasitaria. (Derm. Abt. d. Staatl. Venerol. Inst. in Moskau. Vorst.: Prof. N. Ephron.) S. 144.

Auf Grund von Beobachtungen an 42 Fällen mit Sycosis vulgaris, von denen 35 Fälle trotz jahrelanger Behandlung nicht heilten, kommen die Verff. zum Schluß, daß es sich nicht um eine chronische Krankheit, sondern um einen durch häufige Rezidive verursachten, sich lange hinziehenden Prozeß handelt; die schwache Widerstandsfähigkeit der Haut bedingt es, daß die Infektionsvernichtung durch äußere Mittel nicht genügt und daß die Steigerung der Widerstandsfähigkeit durch die Autovakzination nötig ist. Die Injektion der Vakzine unmittelbar in den Krankheitsherd oder in dessen Nähe besitzt keine Vorzüge vor der Injektion in die Haut der Schultergegend; letztere sind wegen der geringeren Schmerzhaftigkeit vorzuziehen. Die subkutane Darreichung ist bedeutend weniger wirksam als die intrakutane Injektion. Die Behandlung mit lokalen Vakzineumschlägen ist erfolglos gewesen. Zur intrakutanen Injektion müssen dünne Nadeln verwendet werden. Der Behandlung muß eine Reaktionsprobe vorausgehen: es

Digitized by Google

Injektionen werden in Pausen von 2—4 Tagen ausgeführt; nach 5—6 Injektionen tritt eine Verminderung der Infiltration mit dem Verschwinden der Pusteln auf; zur Erreichung eines ständigen Effekts sind 10—12 Einspritzungen nötig. Die anatomischen Schädigungen beschränken sich auf das obere Drittel der Follikel und senken sich nur bis zur Mündung der Talgdrüsen; die Mitbeteiligung der tieferen Follikelabschnitte ist selten. Das Infiltrat besteht meist aus Monozyten mit Plasmazellen, Leukozyten und Mastzellen; bei der nodulären Form ist in der Mehrzahl der Fälle ein Plasmainfiltrat vorhanden. In der Epidermis ist eine Hyperkeratose mit stellenweise bedeutender Akanthosis, in den Epithelzellen eine seröse Entzündung und in den Wänden der Haarscheide manchmal ein extrazelluläres Ödem zu sehen.

Mousson, G. L.-Zürich: Generalisierte Lymphogranulomatose von außergewöhnlicher Ausdehnung, unter dem klinischen Bilde der Mycosis fungoides verlaufend. Ein Beitrag zur Frage der Verwandtschaft beider Krankheiten. (Pathol.-anat. Inst. Zürich. Prof. H. v. Meyenburg.) S. 186.

Bei einer seit drei Jahren kranken 39jähr. Frau mit multiformen tumorartigen Efflureszenzen auf der ganzen Körperoberfläche, welche die Diagnose einer Mycosis fungoides nahelegten, fand sich bei der Obduktion eine ausgedehnte Beteiligung von Herz, Lungen, Leber, Nieren, Nebennieren, Lymphdrüsen, Schilddrüse, Uterus, Ovarium, Blase, Dura mater und Zunge. Die Lokalisation im Ovarium ist neu, die Durchwachsung des Myokards ist sehr selten. Trotz der generalisierten Aussaat ist die Milz, ebenso wie das Knochenmark, nicht beteiligt. Die histologische Untersuchung ergab in der Haut und in den Tumoren das typische Bild der Lymphogranulomatose bei fast vollständigem Fehlen eosinophiler Zellen und bei großem Reichtum an Sternbergschen Riesenzellen außerhalb des eigentlichen Tumorgewebes, charakterisiert durch ihre Größe, die Mehrkernigkeit, den starken Chromatingehalt der Kerne und das oxyphile Plasma. Die Nichtbeteiligung der Milz bedeutet ein Versagen der Abwehr gegenüber der Infektion. Die Anschauung von Ziegler, daß die Mycosis fungoides eine isolierte Hautlymphogranulomatose darstelle, ist berechtigt.

Kissmayer, A.-Kopenhagen: Weitere Erfahrungen über Citragan in der Gonorrhoebehandlung. S. 229.

Das vom Verf. beschriebene (Arch. f. Derm., Bd. 157, S. 65) Prinzip der Osmoseinfektion erlaubt eine tiefdringende Wirkung des bakteriziden Stoffes gleichzeitig mit einer Gewebsauswaschung, indem die Verschiedenheit der Wasserstoffionenkonzentration und der osmotische Druck zu lebhaften Störungen der Gewebsflüssigkeit der Schleimhaut Veranlassung gibt. Das verwendete Silberpräparat ist das Citragan, eine weißfreie Silberverbindung von ziemlich hohem Silbergehalt, das sowohl in der Form von Injektionen wie in der Form von Stäbchen verwendet wird. Die an 70 Fällen gewonnenen Resultate waren sehr befriedigend.

Perkel, J. D., u. F. J. Tarsis-Odessa: Über die Ätiologie und Prophylaxe der meningitischen Beschwerden nach Lumbalpunktion (Bedeutung der dünnen Nadeln und der Antoni-Wechselmannschen Doppelkanüle). (Frauenabt. f. Haut- Geschlechtskrkh. des derm.-venerol. Glawtsche-Instituts in Odessa. Direktor M. G. Choroschin). S. 294.

Die postpunktionellen Reizerscheinungen treten mitunter schon einige Stunden nach der Liquorentnahme, gewöhnlich erst am 2. oder 3. Tag auf und charakterisieren sich durch Kopfschmerzen, Übelkeit, Schwindel, Erbrechen, manchmal Nackensteifigkeit, Schmerzen im ganzen Körper, allgemeine Erregungszustände. Krämpfe und Incontinentia urinae. Die von Sicard für den Meningismus gegebene Erklärung, daß die Erscheinungen durch die Druckverminderung im Liquorraum bei Nachsickern des Liquors aus dem Stichkanal mit nachfolgender Hyperämie der Meningen zu erklären sind, hat zum Prinzip der Doppelkanüle geführt, bei welcher die innere Nadel als Mandrin für die äußere dient, die äußere Nadel bis zum Ligamentum flavum vorgeschoben und der Lumbalsack mit der inneren Nadel eröffnet wird. Auf Grundlage von 460 Fällen kommen Verff. zum Resultate, daß der Meningismus um so weniger auftritt, je dünner die Punktionsnadel ist; mit Nadeln, die nicht mehr als einen Millimeter im äußeren Durchmesser haben, kann man dem Meningismus vorbeugen.

Bd. 10, H. 4

Bommer, S.-Gießen: Über sichtbare Fluoreszenz beim Menschen. (Univ.-Kl. u. Licht- u. Lupusheilstätte Gießen.) S. 254.

Unter der Einwirkung einer Quecksilberdampflampe, deren Strahlen durch ein

Digitized by Google

Dunkelglasfilter vom allergrößten Teil ihres sichtbaren Lichts befreit sind, beobachtet man zwei verschiedene Fluoreszenzfarben, gelb und blauweiß; die Art richtet sich nach der Dicke der von erregenden Strahlen getroffenen Hornschicht, nach dem Alter der Person und nach dem Wassergehalt der Hornmassen; der Farbwechsel beruht auf der verschiedenen Verhältnis der Oberflächenfluoreszenz zu derjenigen Fluoreszenz, die aus der Tiefe stammt. Fernerhin phosphoresziert die Hornschicht; Stärke und Dauer des Nachleuchtens sind dem Wassergehalt der Hornschicht umgekehrt proportional. In bestimmten Gesichtspartien sind die Follikelmündungen von einer rot fluoreszierenden Masse erfüllt; ein Talghornpropf ist hier Träger der roten Fluoreszenz; sie findet sich jenseits der Pubertät in verschieden starkem Maße bei allen Menschen, besonders an den seitlichen Nasenpartien, im Sulcus mentolabialis, an der Nasenwurzel, an der Stirnhaargrenze und an der Ohrmuschel, sie verschwindet in höherem Alter. Bei Lupus erythematodes ist die Anzahl der rot fluoreszierenden Pfröpfe vermehrt. Die Fingernägel und die Handinnenflächen leuchten besonders stark. Der Zungenrücken und der Belag am Zahnhalse fluoreszieren rot, Zähne fluoreszieren weiß, Milchzähne hellblau, falsche Zähne fluoreszieren nicht. Im Auge fluoreszieren Sklera und Kornea blauweiß, die Iris ist im ultravioletten Lichte farblos, die Linse fluoresziert stark, in vorgeschrittenen Jahren mehr als in jüngeren. Unregelmäßigkeiten der Pigmentierung werden im ultravioletten Lichte wesentlich deutlicher als bei Tageslicht. Das helle Aufleuchten pigmentloser Hautstellen wird durch die Fluoreszenz des kutanen Bindegewebes veranlaßt. Das Bindegewebe der Kutis wirkt als leuchtender Schirm, von dem sich die Orte stärkerer Pigmentansammlung als Schatten abheben. Die Fluoreszenz des Bindegewebes kann als Indikator für die Eindringungsfähigkeit und für die Eindringungstiefe ultravioletter Strahlen dienen. Auch an scheinbar normalpigmentierten Hautstellen finden sich bei Vitiligokranken Unregelmäßigkeiten der Pigmentierung; die Haut ist also bei Vitiligo in ihrer ganzen Pigmentbildungsfähigkeit erschüttert. Leukoderma psoriaticum ist im ultravioletten Licht viel häufiger als bei Tageslicht; Störungen im Pigmentgehalt haben sich 12 Jahre nach umschriebener Höhensonnenbelichtung und 20 Jahre nach der Abheilung eines Ekzems gefunden. Fast alle Gesichtshäute der Menschen unserer Rasse zeigen im ultravioletten Lichte Sommersprossen; die Sommersprossen sind aber nur ein vorübergehendes Stadium stärkerer Pigmentbildung, in das einzelne Hautinseln auf dem Wege zur Depigmentierung versetzt werden. Überall wo Sommersprossen in größerer Menge vorhanden sind, ist die Haut in ihrer Pigmentbildung leicht erschöpfbar. Die hellen Pigmentflecken der Rothaarigen stellen einen besonderen Typus dar, der einem sonst latenten Erbmerkmal entspricht. Latente Ekzemherde können an scheinbar gesunder Haut von Ekzematikern durch die Untersuchung im ultravioletten Licht nachgewiesen werden; eine besondere rote Fluoreszenz findet sich an der Unterseite von Psoriasisschuppen, eine intensiv gelbe Fluoreszenz, die offenbar einer lichtempfindlichen Substanz entstammt, an mancher Verruca senilis. Die Schuppen des seborrhoischen Ekzems leuchten bräunlichgelb und lassen sich dadurch von einer Dermatitis unterscheiden. Die Untersuchung im ultravioletten Licht ist für die Schimmelpilzerkrankungen von diagnostischem Wert; Mikrosporiehaare leuchten intensiv grün, ebenso Mikrosporiekulturen nicht fluoreszieren; Pityriasis versicolor fluoresziert gelbgrün; bei diesen Schimmelpilzerkrankungen geht die Fluoreszenz nicht von den Sporen, sondern von den Myzelfäden aus; zur Untersuchung wird das Haar zwischen Objektträger und Deckglas mit Eisessig behandelt, der durch eine halbe Stunde einwirkt, und vorsichtig zerdrückt; im Ultraviolettmikroskop leuchten die Myzelfäden in grüner Farbe, während die blauweiße Fluoreszenz der Hornschicht gering geworden ist.

Björling, E.-Malmö: Über die Röntgenbehandlung des Ekzems. S. 316.

Die Röntgenbehandlung des Ekzems soll erst begonnen werden, wenn die durch einige Wochen durchgeführte Salbenbehandlung erfolglos geblieben ist, und nur kleine Dosen verwenden; wahrscheinlich wirkt sie dadurch, daß kleine Röntgendosen stimulierend sind, vielleicht durch Bildung von Nekrohormonen, den Zerfallsprodukten toter Zellen; eine überweiche Strahlung ist gefährlich; deshalb ist die Verwendung eines Filters von 1 mm Aluminium nötig. Der Erfolg der Röntgenbehandlung zeigt sich erst nach 2—4 Wochen.

Frankovic, V.-Zagreb: Über die Müllersche Ballungsreaktion. (Derm.-venerol. Univ.-Kl. Zagreb.)

Die an 1458 Fällen angestellten Versuche bei klinisch und anamnestisch festgestellter Lues fand sich die größere Sicherheit bei der Ballungsreaktion gegenüber den sonstigen serologischen Reaktionen. Versager gab es im ganzen bei 4,67%. Die Haltbarkeit der

Digitized by Google

verdünnten fertiggestellten Antigens beträgt 3 Tage. Obzwar auch die Ballungsreaktion nicht absolut sicher ist, so muß verlangt werden, daß sie bei jeder Abortivkur angestellt wird. Die bei Untersuchung von Nabelvenenblut und von Blut von Neugeborenen in den ersten 14 Lebenstagen in stark einem Drittel der Fälle gefundenen positiven Ballungsresultate sind als unspezifisch zu werten. F. Winkler-Wien.

Mitteilungen aus der Literatur

Syphilis

Serologie

Schilling, V.-Berlin: Der praktische Wert des Guttadiaphot bei der Syphilis. D. m. W., 1929, Nr. 16. S. 654.

Der Wert des Guttadiaphots liegt in dem vom Arzt selbst zu führenden objektiven und höchst einfachen Nachweis einer vorhandenen Blutschädigung. Die Ursache dieser Schädigung muß dann klinisch und unter Zuhilfenahme spezifischer Reaktionen ausfindig gemacht werden. Guttadiaphotpositive, aber seronegative Fälle von Lues werden durch spezifische Therapie günstig beeinflußt. Ob positives Guttadiaphot die Notwendigkeit eine Behandlung einzuleiten, bedeutet, müssen erst weitere Untersuchungen ergeben. Verf. hat die Guttadiaphotmethode von Anfang an stets nur als unspezifisch bewertet. F. Harry-Wiesbaden.

Mohrmann, B. H. U.-Hannover: Schlußwort hierzu. D. m. W., 1929, Nr. 16, S. 655.

Verff. geben zu, daß nur Meyer und Bierost die Guttadiaphotmethode als Schnelldiagnostikum für Syphilis verwerten zu können glaubten, Schilling dagegen sie gleich als unspezifisch erkannt hat. Die Auffassung Schillings, daß der praktische Nutzen einer Methode nie in der Klinik erkannt werden könne, da bei der praktischen Brauchbarkeit ganz andere Faktoren als nur Richtigkeit und Objektivität mitspielen, lehnen sie ab, ebenso die „Empfehlung", zur Sicherung der Frühdiagnose bei positivem Guttadiaphot die spezifischere WR anzustellen. Letztere ist unerläßlich. F. Harry-Wiesbaden.

Gaujoux, J., u. Sollier: Recherches sur la réaction de Bordet-Wassermann avec le lait maternel (Untersuchungen über die Wassermannsche Reaktion mit der mütterlichen Milch). Compt. rend. Soc. Biol., Bd. 101, Nr. 22, S. 647.

Da bei der Undurchsichtigkeit der Milch ein Ablesen der Resultate unmöglich wäre, muß sie zuvor in besonderer Weise zentrifugiert werden. Die klassische Bordet-Wassermannsche und Hechtsche Technik ist nicht anwendbar, weil das Milchserum keine Alexine und Hämolysine gegen Hammelblutkörperchen besitzt, wurde deshalb die Technik von Calmette und Massol angewendet. Die Untersuchungen wurden bei 24 Wöchnerinnen am 5. bis 15. Tage vorgenommen, denn nur in dieser Periode sollen die Resultate spezifisch sein, was den Wert der Methode schon sehr beschränkt. In allen Fällen fiel die Reaktion negativ aus, auch bei sicherer Syphilis und positiver WR. Die spezifischen Sensibilisatoren scheinen also von dem Epithel der Brustdrüse zurückgehalten zu werden. E. Levin-Berlin.

Levy, W.: Sur la réaction de Jacobsthal (Über die Jacobsthalsche Reaktion). Compt. rend. Soc. Biol., Bd. 101, Nr. 25, S. 1080.

Die von anderer Seite behauptete Überlegenheit der Jacobsthalschen Reaktion über die WR konnte bei Nachuntersuchungen nicht festgestellt werden, wenn ein richtig dosierter Hämolysingehalt vorlag. E. Levin-Berlin.

Krottmayer, A.-L.-Graz: Serologische Luesreaktion mit verdünntem Serum. (Hyg. Inst. d. Univ.) M. m. W., 1929, Nr. 32, S. 1335.

Ein neuer einfacher Verdünnungsmodus bei nicht genügender Serummenge zur Anstellung der WR (Kaup) und MTR besteht darin, daß das Serum zu gleichen Teilen mit physiologischer NaCl-Lösung verdünnt wird (der Zeitpunkt der Verdünnung, ob vor oder nach dem Inaktivieren ist ohne Einfluß auf die Reaktion). Hierbei entfällt die Verdünnung der übrigen WR-Agentien, wobei im Gegensatz zu früheren Methoden neben einer Vereinfachung der Reaktion, gleichzeitig bessere Untersuchungsergebnisse erhalten werden. 500 untersuchte Sera werden durch Tabellen erläutert, woraus die Eignung dieses Verdünnungsmodus ersichtlich ist. S. Habermann-Prag.

Digitized by Google

Gross, H., u. L. Oelrichs-Marburg: Über die Brauchbarkeit einiger neuen Trübungs- und Flockungsreaktionen für die Serodiagnose der Syphilis. (Inst. f. exper. Ther. Emil v. Behring). Kl. W., 1929, Nr. 33. S. 1537.

Verff. haben an 1500 Seren die Resultate der WR, der Kahn-Reaktion, Meinicke-Klärungsreaktion, Meinicke-Trübungsreaktion, Citocholreaktion, Bruck-Reaktion und Trübungsreaktion nach Dold verglichen. Sie heben als besonders brauchbar die Kahn-, Citochol- und Meinicke-Trübungsreaktion hervor. Die Meinicke-Klärungsreaktion gab verhältnismäßig viel unspezifische Resultate. Frei-Berlin.

Rudolf, G. de M.: The Meinicke-Micro-Reaction (Die Meinicke-Mikro-Reaktion). Lancet. 1929, Nr. 5526, S. 170.

Vergleichende Untersuchungen der Meinicke-Mikro-Reaktion und der WR. Zusammen mit den Ergebnissen anderer Untersucher ergibt sich auf 2750 untersuchte Sera eine Übereinstimmung mit der WR in 89,4%.

F. Juliusberg-Braunschweig.

Fauvet, E.-Dresden-Friedrichstadt: Erfahrungen mit der Meinicke-Klärungsreaktion. Zbl. f. Bakt., Bd. 112. H. 6/8. S. 427.

Die Meinicke-Klärungsreaktion ist zum Ersatz der Meinicke-Flockungsreaktion durchaus geeignet, sie ist ihr an Reichweite bedeutend überlegen, ebenso der Meinicke-Trübungsreaktion, die jedoch aus praktischen Gründen beibehalten werden soll. Eine Überlegenheit der Meinicke-Flockungsreaktion gegenüber der Kahnschen Reaktion wurde nicht festgestellt. F. Harry-Wiesbaden.

Lechner, F.-Wien: Erfahrungen mit der Müllerschen Ballungsreaktion bei der Untersuchung von 2000 Blutproben. (II. Med. Univ.-Klin.) W. kl. W., 1929, Nr. 29. S. 968.

Bei tabellarischer Zusammenstellung der Vergleichswerte zeigt sich, daß jeder wassermannpositive Fall auch eine starke MBR zeigt. Verf. arbeitet allerdings streng nach den Vorschriften Müllers und verwendet ausschließlich Scheringsches Ballungsreagens. Schwach reagierende WR ergab in mehreren Fällen eine noch starke Ballungsreaktion. In 2 Fällen waren bei unspezifischem klinischen Befunde alle sonstigen Luesreaktionen Monate hindurch negativ, die MBR dagegen immer stark positiv. In diesen Fällen erscheint es fraglich, ob man die MBR als spezifisch ansehen darf. Bei einer größeren Anzahl behandelter Luetiker blieb die MBR endlich länger positiv als die WR. Unspezifische Ballungen findet man bei Phthise, fieberhaften Allgemeinerkrankungen und Leberleiden, nie dagegen bei chronischer Malaria oder Karzinom. Charakteristisch für stark positive Reaktionen ist die Größe und Dichte des Ballungskernes, die mit der Behandlung abnehmen. Die unspezifischen Reaktionen zeigen stets geringe, nicht zunehmende Größe und einen weniger dichten Kern. Im Liquor wies die MBR ein mit der WR völlig übereinstimmendes Bild auf. Unspezifische Ballungen konnten nicht beobachtet werden. Eine weitere Tabelle zeigt die Reaktionen nach Art der luetischen Erkrankung geordnet. Die MBR ist eine leicht auszuführende, sehr geringe Serummengen erfordernde, für jedes gute Laboratorium geeignete, der WR in 8,9% an Genauigkeit überlegene Reaktion.

H. Colman-Berlin.

Tillgren, J., u. A.-L. Allander-Stockholm: Müllers Ballungsreaktion als Ergänzung zu den Wassermann-Untersuchungen. (Staatl. bakter. Labor.) Acta med. Skand. (Stockholm), Bd. 71, H. 1/2. S. 147.

An 1195 Fällen haben Verff. die MBR ausprobiert und ihre Ergebnisse in einer großen ausführlichen Tabelle festgelegt. Als positiv wird nur eine tatsächliche Ballung, ob in der Mitte, ob am Boden, angehen. Unspezifische Reaktionen sieht man an verschiedenen Tagen in verschiedener Häufigkeit. Auch bei behandelter Lues finden sich häufig lose Flockungen, die Verff. aber als negativ aufführen. Ein großer Vorteil der MBR liegt darin, daß Hämoglobinbeimengungen nichts schaden und nie zu unspezifischen Ballungen führen. Schütteln der Gläser ist zu vermeiden, da hierdurch schwächere Reaktionen undeutlich gemacht werden können. Beim Vergleich zwischen WR und MBR zeigt sich eine größere Empfindlichkeit der WR für frische Primärfälle, dagegen ein längeres Positivbleiben der MBR bei behandelter Lues. Unspezifische Ballung wurde in wenigen Fällen von Phlegmone, Tuberkulose, allgemeiner Debilität und nach Angina gefunden. Die MBR ist demnach eine wertvolle Ergänzung der WR und besonders bei behandelter Lues brauchbar. Als Ersatz der WR ist sie jedoch wegen des zeitweiligen Auftretens unspezifischer Reaktionen nicht anzusehen. (Photographie und ausführliche Tabellen.) H. Colman-Berlin.

Digitized by Google

Mary, C, Mc Intyre u. R. L. Gilman: Serologic Studies: A Clinical Comarison of the Kolmer Complement Fixation and the Kahn Precipitation Tests n Syphylitic and Nonsyphilitic Cases (Serologische Studien. Ein klinischer Vereich zwischen der Kolmerschen Komplementfixation und der Kahnschen Präzipitinmethode ei syphilitischen und nichtsyphilitischen Fällen). J. Am. m. Ass., Bd. 93, Nr. 5, S. 358.

Die Kolmersche Modifikation der WR und die Kahnsche Methode wurden n 1767 Fällen verglichen und ergaben eine Übereinstimmung bei 83,3% der syphilischen und bei 96,7% der nichtsyphilitischen Fälle. Nichtübereinstimmung bei wiesener Syphilis zwischen den beiden Proben ergab sich bei 16,7%, von denen 2,9% mit der Kolmerschen WR und 3,8% mit der Kahnschen Reaktion positiv aren. Die Nichtübereinstimmung bei nichtsyphilitischen Fällen betrug 3,3%; von esen waren 0,4% nach Kolmer positiv, 2,9% nach Kahn positiv. Von 21 Fällen ei früher unbehandelter Syphilis war die Kolmersche Reaktion stets positiv, die ahnsche Reaktion vollständig positiv bei 14, teilweise positiv bei 6 und negativ bei Fall. Es scheint, als ob die Einfachheit der Kahnschen Methode überwertet wird; e erfordert Exaktheit in den Reagentien und in der Technik. Die Resultate ergeben nen höheren Prozentsatz wahrer positiver Reaktionen bei Syphilis und einen ringeren Prozentsatz wahrscheinlich nichtsyphilitischer Reaktionen in den Konolitällen bei der Kolmerschen Reaktion. Der Ersatz der einen Reaktion durch e andere ist nicht genügend gestützt, vielmehr liegt es im Interesse des Klinikers nd des Patienten, beide Reaktionen gleichzeitig auszuführen.

F. Juliusberg-Braunschweig.

Kahn, R. L.: The League of Nations Conference an Laboratory Tests für yphilis (Die Konferenz des Bundes der Nationen über die Laboratoriumsprüfungen i Syphilis). J. Am. m. Ass., Bd. 93, Nr. 5, S. 351.

Bericht über die 2. Laboratoriumskonferenz betr. die Serodiagnose der Syphilis, euf. League of Nations Health Organisation, 1928, die Mai bis Juni 1928 in openhagen abgehalten wurde. Die Konferenz stellt fest, daß trotz der Steigerung r Empfindlichkeit der verschiedenen serologischen Methoden doch die Reaktionen ch bei Vorhandensein einer syphilitischen Infektion in gewissen Fällen negativ sfallen. Eine positive Reaktion ist bei Fehlen einer Syphilisanamnese und Fehlen philitischer Erscheinungen nur annehmbar, wenn noch eine weitere Prüfung sitiv ausfällt. Mit einer an Sicherheit grenzenden Wahrscheinlichkeit ist bis auf nige bestimmte pathologische Zustände eine Syphilis nur anzunehmen, wenn verhiedene Prüfungen mit verschiedenen Methoden positiv ausfallen. Eine dieser ethoden soll immer in der Bordet-WR bestehen. Mit diesem letzten Satz stimmt r Verfasser nicht überein.

F. Juliusberg-Braunschweig.

Ehrenwald, H.-Wien: Zur Pathogenese der Beschwerden nach Lumbalpunktion. sychiatr. u. Neurol. Kl.) M. Kl., 1929, Nr. 29, S. 1126.

Das aus Kopfschmerzen, Brechreiz und Erbrechen bestehende „vegetative ndrom" zeigt sich vielfach unabhängig von den eigentlichen „meningealen" Reizmptomen, so daß es nicht einfach von den letzteren abgeleitet werden kann. Seine bereinstimmung mit bei der Seekrankheit auftretenden Erscheinungen führte dazu, m Vorliegen labyrinthärer Veränderungen nachzugehen, die sich tatsächlich nacheisen ließen und die auf die abnorme Liquorbewegung bzw. Lymphokinese im abyrinth zurückzuführen sind. Therapeutisch sucht man dem durch Verringerung r Stichlochdrainage zu begegnen (Verwendung dünner Nadeln), was aber nicht zu nügend befriedigenden Resultaten geführt hat. Gut wirkte Kombination der lichen Analgetika mit dem Seekrankheitsmittel Vasano; letzteres erwies sich auch ophylaktisch wirksam.

E. Levin-Berlin.

Schilling, V.-Berlin: Bemerkungen zu der Arbeit von Blumenthal und Saito: t das Guttadiaphot von Meyer, Bierast und Schilling für die Diagnose der ies verwertbar? M. Kl., 1929, Nr. 26, S. 1022.

Sch. macht den Verff. den Vorwurf, daß sie in ihrer Arbeit die Methode als nzuverlässig bezeichneten, obwohl nach einer zugefügten Korrekturbemerkung die rgebnisse mit denen von Sch. nicht mehr im Widerspruch standen. Es wird ihnen rner der Vorwurf gemacht, daß sie eine unrichtige Bewertung der Ergebnisse vornommen hätten. Es ist stets und besonders auch in der neuen Fassung der ebrauchsanweisung hervorgehoben worden, daß es sich um eine unspezifische ethode handelt, die allerdings weitgehende Übereinstimmung mit der WR zeigt.

E. Levin-Berlin.

Digitized by Google

Blumenthal, G., u. T. Saito-Berlin: Schlußwort zu den Bemerkungen von V. Schilling zu unserer Arbeit: Ist das Guttadiaphot von Meyer, Bierast und Schilling für die Diagnose der Lues verwertbar? (Serol. Abt. d. Inst. Robert Koch.) M. Kl., 1929, Nr. 26, S. 1025.

Gegenüber den Bemerkungen Schillings zu der Arbeit der Verff. in Nr. 5 der M. Kl. halten diese ihre Schlußfolgerungen aufrecht, daß die Guttadiaphotmethode vorläufig für den Praktiker noch nicht geeignet ist und auch durch die neue Fassung der Gebrauchsanweisung nicht genügend zum Ausdruck gebracht wird, daß es sich um ein unspezifisches Verfahren handelt. Die von ihnen absichtlich gewählte Modifikation der Ablesung der Resultate konnte der Bewertung der Methode nur zugute kommen. Positive Reaktionen fanden sich im übrigen nicht nur bei Infektionen, Intoxikationen, Anämien, endokrinen Zuständen, sondern allen möglichen Zuständen, auch bei gesunden Personen, was damit zusammenhängt, daß die Methode außerordentlich empfindlich auf den Blutwassergehalt reagiert.

E. Levin-Berlin.

Therapie

Busquet, H., u. Ch. Vischniak: La toxicité comparée des sels de bismuth solubles dans l'eau, chez le Lapin et chez le Chien. Rôle de la trémulation ventriculaire dans cette toxicité (Vergleich der Toxizität der wasserlöslichen Wismutsalze beim Kaninchen und beim Hunde. Die Rolle des Herzflatterns bei dieser Vergiftung). Compt. rend. Soc. Biol., Bd. 101, Nr. 25, S. 1088.

Die auffallende Tatsache, daß Kaninchen 20 mg metallisches Wismut pro Kilogramm vertragen, während Hunde schon bei 4 mg zugrunde gehen, erklärt sich aus einem ganz verschiedenen Verlaufe der Vergiftung bei den beiden Tieren. Während sie beim Kaninchen wie auch sonst gewöhnlich auf dem Wege über Störungen im Verdauungskanal, den Nieren und dem Blute tödlich wird, zeigt sich der schnelle Eintritt des Todes beim Hunde als Folge der Erscheinungen von Herzflattern.

E. Levin-Berlin.

Legendre, J.: Réflexions sur l'emploi des arsénobenzènes aux colonies (Betrachtungen über den Gebrauch der Arsenobenzole in den Kolonien). Presse méd., 1929, Nr. 66, S. 1081.

Hinweis auf die Tatsache, daß die Salvarsanpräparate zwar mit wenigen Injektionen die Erscheinungen der Syphilis und der Framboësie zum Schwinden bringen, daß aber längere Kuren erforderlich sind, um die Krankheit endgültig zu beeinflussen. Aber der Verfasser geht noch weiter und glaubt, daß die ungenügende Wirkung der Salvarsanpräparate nicht allein eine quantitative, sondern auch eine qualitative ist. Die Salvarsanpräparate wirken zwar glänzend auf die Haut- und Schleimhauterscheinungen, aber sie provozieren die nervösen und schwersten Formen der Krankheit; die Arsenikalien beseitigen zwar die äußerlich sichtbaren Erscheinungen, aber Quecksilber heilt die viszeralen Symptome und schützt vor Syphilis der nervösen Zentren. Legendre gibt an, daß in Java ein Teil der Bevölkerung mit 914 behandelt wurde, ein anderer Teil blieb unbehandelt; nach 10 Jahren zählte die nicht behandelte Bevölkerung dieselbe Zahl von Infektionen, aber diese verliefen gutartig, unter den mit 914 behandelten Dörfern kamen Tabes, Paralyse, zahlreiche Geisteskrankheiten vor, alles Erscheinungen, die vorher unbekannt waren.

F. Juliusberg-Braunschweig.

Barok, L.-Budapest: Salvarsanwirkung auf die Leber und individuelle Salvarsantoleranz. Verhandlg. Ungar. ärztl. Gesellsch., 1929, Nr. 11—12, S. 183

Die Mehrzahl dieser Erkrankungen ist nicht durch Salvarsan verursacht, sondern spielt nur in der Auslösung des Leidens eine erhebliche Rolle. Die individuelle Salvarsantoleranz könnte nur in der Weise festgestellt werden, daß die Dosis bis zur Giftwirkung gesteigert wird; mit Hilfe von saurem Fuchsin und Adrenalin-Blutzuckerkurven dagegen kann festgestellt werden, wie groß die individuelle Salvarsantoleranz ist. Auf Grund von 39 Farbenreaktionen und 40 Blutzuckerkurven gelangt Verf. zu dem Schluß, daß 0,15 g Neosalvarsan die Leber reizen, 0,45 und 0,60 g sie für 1—2 Stunden lähmen; das Ausmaß dieser Lähmung ist individuell verschieden. Bei schwerer Lähmung empfiehlt er Vorsicht bei Fortsetzung der Salvarsankur. Die weitere Behandlung des bereits bestehenden Salvarsanikterus ist danach festzustellen, in welcher Weise die Leber auf versuchsweise ver-

Digitized by Google

bereichte kleine Salvarsandosen reagiert. B. empfiehlt, bei jeder Salvarsankur im Anschluß an einige Injektionen die Fuchsinreaktion vorzunehmen.

M. Kazarowa-T. Pasardschik.

Lerman, J.: A Comparison of Arsphenamie and Catarrhal Jaundice, with Special Reference to the Blood Ricture (Vergleich des Salvarsan- und katarrhalischen Ikterus mit besonderer Berücksichtigung des Blutbildes). Am. J. m. sc., 1929, Bd. 178, Nr. 1, S. 54.

Das klinische Bild beider Formen stimmt in großen Zügen überein; im allgemeinen sind beim Salvarsanikterus die Erscheinungen milde, eine weiche Leber und palpable Milz selten, während beim katarrhalischen Ikterus beides häufig ist. Ersterer zeigt eine leichte Leukozytose und normales Prozentverhältnis der Zellformen, letzterer charakteristische Leukopenie mit relativer Lymphozytose. In den ersten Wochen des Salvarsanikterus hat der Gesamtleukozytengehalt die Neigung höher zu sein als später. E. Levin-Berlin.

Richet fils, Ch., u. P. Gley: Sur la toxicité de certains composés arsenicaux vis-à-vis du Trypanosome in vitro (Über die Toxizität gewisser Arsenverbindungen gegenüber Trypanosomen in vitro). Compt. rend. Soc. Biol., Bd. 101, Nr. 23, S. 802.

Gewöhnlich wird die therapeutische Wirksamkeit eines Salvarsanpräparates durch Feststellung der Dosis nachgeprüft, die zur Heilung einer mit Trypanosomen infizierten Maus erforderlich ist. Es wurde nun versucht, die Wirkung auf das Blut infizierter Mäuse in vitro festzustellen, indem ein Tropfen desselben der Reihe nach mit verschiedenen Verdünnungen des betreffenden Mittels zusammengebracht und die Wirkung auf die Trypanosomen nach 30 Minuten mikroskopisch festgestellt wurde. Pentavalente Arsenverbindungen zeigten in vitro keine Wirksamkeit, die des Sulfarsenols war geringer als die des Novarsenobenzols, dessen verschiedene Präparate sich verschieden wirksam zeigten. E. Levin-Berlin.

Brunner, T.: Intrathecal Treatment of Parasyphilitic Affections of the Nervous Systems (Die endolumbale Behandlung parasyphilitischer Affektionen des Nervensystems). Lancet, 1929, Nr. 5525, S. 117.

Brunner stellt folgende Indikationen für die endolumbale Salvarsanbehandlung der Tabes auf: Bei allen Fällen von stationärer Tabes mit normalem Lumbalpunktat kann die endolumbale Behandlung angewendet werden. Bei allen Fällen mit leichten Veränderungen im Lumbalpunktat, mit langsam fortschreitendem Prozeß oder schweren Schmerzanfällen ist die endolumbale Behandlung zu versuchen, denn eine sorgfältige Anwendung kann lange dauernde Besserungen veranlassen. Bei gastrischer Tabes kann frühzeitige Behandlung in kurzer Zeit zu völliger Beseitigung der Störung führen; bei älteren Fällen von gastrischer Tabes können einzelne Fälle gut beeinflußt werden, aber die Mehrzahl verhält sich ungewöhnlich hartnäckig; viele Fälle reagieren sogar mit sehr schweren Krisen; Gennerich gibt in solchen Fällen eine präliminare paravertebrale Injektion von Antipyrin, welche die folgende endolumbale Behandlung erleichtert. Sehr dankbar ist die Behandlung der degenerativen Optikusatrophie; bei zwei Drittel der Fälle Besserung; die Dosis darf nie nicht überschreiten. Bei Fällen von Tabes mit schweren Veränderungen des Lumbalpunktats, die auf ein Befallensein des Zerebrums hinweisen, ist die Doppelpunkturbehandlung indiziert, während bei einfacher Tabes die Einzelpunktur genügt. Die endolumbale Behandlung ist bei guter Technik und Asepsis nicht gefährlich; vorübergehende Spinalreizung kommt bei 3—5% der Fälle vor und hat keinen Einfluß auf das Endresultat. Die Mortalität nach der Behandlung beträgt nach G. etwa 0,2%. Noch wichtiger ist als Behandlung der Metalues die Behandlung der Frühsymptome einer meningealen Reizung. F. Juliusberg-Braunschweig.

Kaltenbach, H.-Bad Suderode: Die Malariabehandlung der Paralyse. Med. Welt, 1929, Nr. 33, S. 1188.

Die Erfolge sind im allgemeinen besser als bekannt. Man kann mit 50—60% anhaltenden Remissionen rechnen, die praktisch einer Heilung gleichkommen. Die psychischen Defekte bessern sich mehr als die körperlichen. Die Blut- und Liquorbefunde gehen oft nicht mit der klinischen Besserung Hand in Hand. Wenn als besonderen Gründen die Malariabehandlung nicht durchführbar, so käme die Pyrifer- oder die Saprophytanbehandlung in Frage. Letztere hat den Vorteil, daß Temperaturen nur unmittelbar nach der Injektion auftreten, sie wäre also hauptsächlich in jenen Fällen angebracht, die auf Malaria nicht ansprechen oder die man

Digitized by Google

z. B. wegen eines schweren Herzfehlers einer Malariabehandlung nicht aussetzen wagt. H. Lippert-Köln.

Kauffmann, A.-Berlin-Weißensee: Chininresistenz und Rezidive bei therapeutischer Malaria. Med. Welt, 1929, Nr. 33, S. 1190.

Absolute und relative Chininresistenz sowie Rezidive trotz zunächst prompter Entfieberung findet man bei der Impfmalaria zwar seltener als bei der spontanen Malaria, aber immerhin häufiger als angenommen wird. Vorsicht in der Wahl der zu verwendenden Plasmodienstämme ist geboten. Der Praktiker muß wissen, daß auch die Impfmalaria rezidivieren kann. H. Lippert-Köln.

Fournier, L., L. Guénot u. A. Schwartz: Le mercure liposoluble dans la syphilis humaine (Das fettlösliche Quecksilber bei der menschlichen Syphilis). Compt. rend. Soc. Biol., Bd. 100, Nr. 11, S. 798.

Das zu den Versuchen verwendete Präparat stellt ein phenyl-äthyl-essigsaures Quecksilber dar, das in Olivenöl löslich ist und im Kubikzentimeter 0,02 g metallisches Quecksilber enthält. Die Kranken erhielten täglich 0,5 ccm oder in Pausen von 2—4 Tagen 1,0—1,5—2,0 ccm. Erst bei größeren Dosen stellte sich eine genügende klinische Wirkung, jedoch auch nur verhältnismäßig langsam ein, während die Serumreaktion nicht beeinflußt wurde. Die Anwendung stärkerer Dosen war mit Schmerzen verbunden, außerdem zeigten sich toxische Erscheinungen in Form rapide eintretender Stomatitis, einmal Ikterus. E. Levin-Berlin.

Levaditi, C., u. A. Howard: Activation des propriétés curatives du bismuth dans la syphilis sous l'influence de tissus riches en glutathion (Aktivierung der Heilwirkung des Wismuts bei der Syphilis unter dem Einflusse an Glutathion reicher Gewebe). Compt. rend. Soc. Biol., Bd. 100, Nr. 7, S. 469.

Versuche von anderer Seite hatten gezeigt, daß in vitro gewisse Arsin- und Wismutpräparate durch Schwefel und Glutathion in besonders spirochätenwirkende Derivate umgewandelt werden. Eine Emulsion der an Schwefel und Glutathion reichen Nebennierenkapsel des Pferdes wurde zu einem Wismutpräparat hinzugesetzt und mit dem Gemisch experimentelle Kaninchensyphilis und originäre Kaninchenspirochätose behandelt. In beiden Untersuchungsreihen trat eine Heilwirkung mit einer kaum meßbaren Wismutmenge ein. E. Levin-Berlin.

Leschke, E.-Berlin: Kombinierte Salvarsan-Septojodbehandlung. M. Kl., 1929, Nr. 16, S. 643.

Nachträglich wird von dem Verf. zu seiner Mitteilung in Nr. 10 der M. K. hinzugefügt, daß bereits früher von anderer Seite die einzeitige Jod-Salvarsanbehandlung der Syphilis empfohlen worden ist. Die dabei gelegentlich beobachteten Kopfschmerzen und Temperatursteigerungen kommen bei dem von ihm verwendeten Septojod nicht vor. E. Levin-Berlin.

Hazen, H. H.-Washington: The Low Therapeutic Index of Neoarsphenamine (Der geringe therapeutische Wert des Neoarsphenamins). J. Am. m. Ass., Bd. 92, Nr. 9, S. 696.

Den Vorteilen des Neoarsphenamins, daß es nämlich keine Neutralisation erfordert und geringe toxische Wirkung hat, stehen nicht unerhebliche Nachteile gegenüber. Es hat eine geringere Wirkung auf die Spirochäten und ist weniger stabil als das Arsphenamin. Nach den Erfahrungen des Verf. ist bei Gebrauch des Arsphenamins der therapeutische Erfolg sehr viel sicherer als bei Neoarsphenamin.
P. Seier-Heidelberg.

Tagesgeschichtliche Nachrichten

Prof. Wilhelm Wechselmann, gewesener dirigierender Arzt des Virchow-Krankenhauses in Berlin, feierte am 31. Januar den 70. Geburtstag. K.

Nachdruck (auch des Abschnittes „Tagesg. Nachr.") ist ohne Genehmigung des Verlages nicht erlaubt

Verantwortlich für die Redaktion: für Originalabhandlungen und T.N.: Prof. Dr. J. H. Kraus, Leipzig. Für den Referatenteil: Dr. Fritz Callomon, Dessau

Digitized by Google

Dermatologische Wochenschrift

Nr. 10 (Bd. 90) 8. März 1930

Aus der Dermatologischen Universitätsklinik zu Frankfurt a. M.

Über mechanisch bedingte Nagelveränderungen

Von

Prof. Dr. Karl Herxheimer und Dr. Erich Uhlmann

Mit 4 Abbildungen im Text

Im August 1929 wurde ein Patient in die Klinik aufgenommen, der eine Nagelveränderung aufwies, die uns wegen ihrer Ätiologie und wegen ihres Verlaufes bemerkenswert erscheint und die kurz geschildert werden soll.

K. P., 29 Jahre alt, ♂. Psoriasis, seit 4 Wochen bestehend. Wegen allgemeiner Ausbreitung stationäre Behandlung. Neben der Schuppenflechte, die außer am Stamm und an den Extremitäten auch auf dem behaarten Kopf, an den Ohrmuscheln, dem Genitale und den Fingern lokalisiert ist, findet sich eine Nagelveränderung, die nicht zum klinischen Bild der Psoriasis paßt. An den Nägeln beider Daumen, beider Zeigefinger, Mittelfinger und Goldfinger finden sich etwa in der Mitte der Nagelplatte muldenförmige Vertiefungen, die in der Querrichtung eine größere Ausdehnung aufweisen als in der Längsrichtung. Diese Vertiefung fehlt vollständig am Nagel des kleinen Fingers der linken Hand und ist an dem der rechten Hand nur eben angedeutet; auch sonst zeigt sich die Affektion an den Nägeln der rechten Hand deutlich stärker. In den schüsselförmigen Vertiefungen weisen die Nägel eine schwärzliche Verfärbung auf, wodurch die Mulden besonders auffallend erscheinen. An den Nägeln der Zehen sind keine Veränderungen nachweisbar.

Auf Befragen gibt der Patient an, daß diese Nagelveränderungen vor etwa 3 Monaten aufgetreten sind, daß sie zunächst in der Gegend der Lunula lokalisiert gewesen seien und sich allmählich mit wachsendem Nagel nach dem freien Rand zu verschoben hätten. Subjektive Beschwerden bestehen nicht, irgend welche andere Krankheiten außer der Schuppenflechte, insbesondere Basedow, hat der Patient nicht durchgemacht.

Nach dem klinischen Bild handelt es sich zweifellos um eine Schüsselbildung der Nagelplatte, die von Heller als Koilonychie bezeichnet ist und nach seiner Ansicht in den meisten Fällen das Symptom eines lokalisierten Nagelekzems darstellt. Da in dem vorliegenden Fall keine ekzematösen Veränderungen bestanden und die Erscheinungen auch nicht zum Symptomenkomplex der Psoriasis, von der sie unabhängig auftraten, gerechnet werden konnten, ergibt sich das Vorliegen eines idiopathischen Prozesses.

Bei dem Erforschen der Ursache des plötzlichen Auftretens dieser idiopathischen Koilonychie ließ sich feststellen, daß der Patient in einer Kohlenhandlung als Arbeiter beschäftigt war. In den letzten Monaten vor dem Auftreten der geschilderten Nagelveränderungen hatte er Kohlensäcke getragen und zwar in der Weise, daß er mit beiden Händen über die Schulter fest in die Sackleinwand faßte und sich gewissermaßen beim

Digitized by Google

Tragen der schweren Säcke an diesen „festkrallte". Die Annahme eines durch die berufliche Beschäftigung provozierten Auftretens der Nagelveränderung war deshalb naheliegend. Dabei wäre die Schüsselbildung der Nagelplatte so zu erklären, daß durch den außerordentlich starken Druck gegen den freien Rand des Nagels und den gleichzeitigen Zug nach oben beim Tragen der Kohlensäcke ein wachstumändernder Einfluß auf die Nagelwurzel ausgeübt wurde, der sich in Gestalt der Muldenbildung am ausgebildeten Nagel manifestiert. Möglicherweise kommt noch eine weitere Noxe in Gestalt des Kohlenstaubes als auslösende Ursache der Erscheinungen hinzu. Die Wahrscheinlichkeit der geschilderten Genese wird noch verstärkt durch die Tatsache, daß die Affektion ausschließlich an den Fingernägeln lokalisiert war und die Nägel der Zehen völlig frei ließ; außerdem waren die längsten Finger, die Mittelfinger, die Zeige- und Goldfinger am stärksten befallen. Auch das intensivere Befallensein der rechten Hand — Patient ist Rechtshänder — spricht in diesem Sinne.

Eine weitere Stütze erfuhr unsere Annahme bei der Untersuchung einiger anderer Patienten, die ebenfalls längere Zeit als Kohlenträger be-

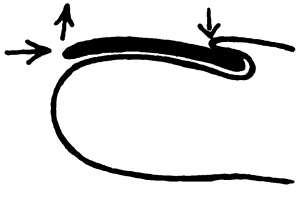


Abb. 1

Abb. 2

Mechanismus der Entstehung der Koilonychia traumatica

schäftigt waren. Der eine von ihnen war wegen Lues in stationärer Behandlung und hatte selbst die Nagelveränderungen noch nicht bemerkt. Die Mulden der Nagelplatte waren weniger ausgeprägt als bei dem oben geschilderten Patienten und noch weiter nach dem freien Nagelrand zu lokalisiert. Allerdings war der Patient schon 2 Monate außer Arbeit. Von zwei anderen, außerhalb der Klinik beobachteten Kohlenträgern zeigte einer, der $1\,^1/_2$ Jahr diese Arbeit verrichtete, ebenfalls die geschilderte Schüsselbildung der Nagelplatte.

Der Verlauf der Nagelveränderung konnte bei dem erstgenannten Patienten, der wegen seiner Schuppenflechte lange Zeit in klinischer Behandlung war, genau verfolgt werden. Die Abb. 3 zeigt den Befund 2 Monate nach der Aufnahme in die Klinik, ohne daß irgend welche therapeutische Maßnahmen an den Nägeln getroffen wären. Die Erscheinungen sind zu diesem Zeitpunkt nur noch an den Nägeln beider Zeige- und Mittelfinger eben erkennbar, während sie an den Nägeln der übrigen Finger mit fortschreitendem Wachstum verschwunden sind. Auch an den noch befallenen Fingern hat sich die Affektion schon fast bis an den freien Rand vorgeschoben und ist bei einer späteren Nachuntersuchung nach Verlauf eines weiteren Monats nicht mehr nachweisbar.

Heller erwähnt aus der Literatur einen Fall von Koilonychie, bei dem Pottasche als auslösendes Moment der Veränderung angenommen

Digitized by Google

wurde, und beschreibt einen anderen von ihm selbst beobachteten Fall bei einem Schornsteinfeger. Äußere Traumen werden aber von Heller als auslösende Ursache ausdrücklich abgelehnt. Er nimmt Schrumpfungsprozesse in der Mitte des Nagelbettes mit fester Verlötung von Nagelplatte und Nagelbett an.

Daß die von uns beobachteten Fälle nicht ohne weiteres mit diesen Beobachtungen zusammengebracht werden können, ergibt sich schon aus der oben gegebenen Schilderung. Trotzdem klinisch eine echte Koilonychie im Sinne Hellers vorhanden ist, besteht klinisch jedoch keineswegs eine Verlötung der Nagelplatte mit der Unterlage, da sonst das prompte Abheilen der Erkrankung mit dem fortschreitenden Wachstum des Nagels nicht zu erklären wäre. Außerdem müssen wir auch auf Grund der verschiedenen Beobachtungen an der Annahme einer mechanisch bedingten Auslösung der Symptome in der oben geschilderten Art und Weise festhalten; es empfiehlt sich deshalb vielleicht, im Gegensatz zu den bisher beschriebenen Formen des Leidens die von uns beobachtete Veränderung als Koilonychia traumatica zu bezeichnen.

Abb. 3. Koilonychia traumatica

In den gleichen Rahmen gehört eine Beobachtung aus der Privatpraxis des einen von uns. Bei einem 55jähr. Patienten bestand ein etwa doppelt erbsengroßes Fibrom am Nagelwall in der Gegend der Lunula. Infolge des mechanischen Druckes auf den Nagel entwickelte sich eine typische Koilonychie des betreffenden Nagels, die sich nach Abheilung des Tumors durch Röntgenbehandlung allmählich wieder vollkommen zurückbildete.

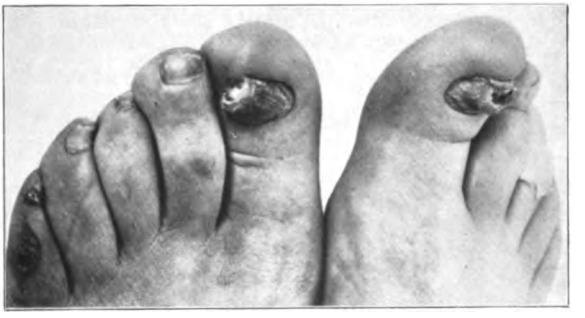


Abb. 4. Onychogryphosis mit mechanisch bedingter Tonnenform und Höhlenbildung

Im Anschluß an diese Darstellung soll noch kurz eine andere Beobachtung erwähnt werden, die wir bei einer durch Schuhdruck ausgelösten Onychogryphosis der großen Zehennägel feststellen konnten.

K. H., 68 Jahre alt, ♂, keine Hautkrankheiten. Seit 4 Jahren nach Tragen zu enger Schuhe Nagelveränderungen an beiden großen Zehen. Im Oktober 1929 konnte

Digitized by Google

folgender Befund erhoben werden, der in der Abb. 4 wiedergegeben ist. Nagel der großen Zehe rechts: Breite 3 cm, Länge 2 cm. In der Richtung des Längenwachstums des Nagels ist die Haut der Zehe wallartig erhaben und stellt offenbar eine Behinderung des Längenwachstums des Nagels dar. Infolgedessen hat eine starke Dickenzunahme des Nagels stattgefunden, die sich in einer austernschalenartigen Übereinanderlagerung der einzelnen Hornschichten manifestiert. Etwa in der Mitte des so verdickten Nagels, lateral von der Mittelachse und etwas nach vorn verschoben, befindet sich eine etwa 1×1 cm große und 1 cm tiefe Öffnung mit unregelmäßig gezackten Rändern, an denen die einzelnen Schichtungen der übereinander gelagerten Hornmassen des Nagels deutlich zu erkennen sind. Die Farbe dieser Ränder und der Öffnung selbst ist dunkler als die der Nagelplatte. — Nagel der großen Zehe links: Breite 3 cm, Länge 2 cm. Auch hier findet sich eine starke wallartige Erhebung der Haut an der vorderen Zehenkante, die sich aber auch auf die mediale Seite der Zehe fortsetzt. Durch dieses mechanische Hindernis beeinflußt, ist eine Nagelform entstanden, die etwa die Figur eines unregelmäßigen Fünfecks aufweist, dessen spitzer Winkel dachförmig nach der Zehenspitze zeigt und sich in der Mitte der Nagelachse befindet. Der Nagel ist stark verdickt und weist eine Art Tonnenform auf mit Bildung einer Höhle, die nach der lateralen Seite zu von der Mittelachse abweicht und mit ihrer Öffnung an der lateralen Seite des dachförmigen Winkels liegt. An den Rändern der Öffnung ist die Struktur des Nagels mit seinen einzelnen, stark verdickten, übereinander gelagerten Hornschichtungen deutlich sichtbar. An den Nägeln der übrigen Zehen finden sich keine pathologischen Veränderungen.

Es handelt sich nach dem geschilderten Befund um eine Onychogryphosis, die sekundär bemerkenswerte Veränderungen in Gestalt der Tonnenform des Nagels und der Höhlenbildung aufweist. Die Bildung dieser sekundären Veränderungen ist nach unserer Ansicht mechanisch bedingt durch den Schuhdruck, der auch das Auftreten der Onychogryphosis selbst verursachte. Dabei trat zunächst die wallartige Erhebung der Nagelränder auf, die später zur Bildung der Tonnenform führte; am Nagel der rechten großen Zehe zeigte sich schließlich an der höchsten Stelle des Tonnengewölbes die beschriebene Höhlenbildung. Ähnliche Veränderungen fanden wir in der Literatur nicht beschrieben, weshalb wir unsere Beobachtungen kurz dargestellt haben.

Literatur

Heller, Die Krankheiten der Nägel in Jadassohn: Handb. d. Haut- u. Geschlechtskrkh., Bd. 13, Teil 2.

Aus der Dermatologischen Universitätsklinik und Poliklinik in München
(Direktor: Prof. Dr. L. Ritter von Zumbusch)

Über Frühfälle von Elephantiasis nostras

Von

a. o. Prof. Dr. Fr. Wirz

Mit 2 Abbildungen im Text

In der außerordentlich umfangreichen Literatur über die Elephantiasis nostras überwiegen Veröffentlichungen, die sich mit den Spätstadien dieser Krankheiten beschäftigen, in ganz auffallender Weise. Bei der Bearbeitung des Gegenstandes für das neue Handbuch der Haut- und Geschlechtskrankheiten gewann ich den Eindruck, daß die frühen Stadien der Elephantiasis nostras hinsichtlich ihrer wahren Natur oft lange Zeit

Digitized by Google

hindurch nicht erkannt werden. Schon die verschiedenartigen Bezeichnungen für die Anfangsstadien, wie „persistierendes" oder „stabiles" Ödem, „Pachydermie" u. a. m., beweisen, daß man wohl den augenblicklichen Zustand gut zu charakterisieren weiß, aber man ist sich der Tatsache zumeist nicht bewußt, daß diese Zustände nur einem Augenblicksbild entsprechen, und daß Krankheitsfälle dieser Art ihrem Wesen nach zur Elephantiasis nostras gehören. Spontanheilungen der durch chronisch rezidivierendes Erysipel, durch Tumoren oder sonstwie verursachte entzündliche Stauungen und Gewebswucherungen der Haut dürfte es kaum geben. In den meisten Fällen führt ein derartig bedingter Zustand zur Verschlimmerung und endlichem Ausgang in wahrhaft „elephantiastische" Formen. Allerdings können manchmal Jahre vergehen, bis ein Voranschreiten des Prozesses in die Augen fällt. So kommt es wohl, daß die Zeit, die für die Therapie am aussichtsreichsten wäre, verpaßt wird. Ein weiterer Umstand wirkt sich hier ungünstig für die zeitige Inangriffnahme einer kausalen Therapie aus, das ist die Zugehörigkeit solcher Fälle zu den verschiedensten Fachgebieten der Medizin, und zwar je nach dem Sitz der primären Krankheit. So ist es wohl zu erklären, daß die meisten Patienten mit Elephantiasis nostras, die ich in den letzten Jahren zu sehen bekam, bereits mehrere Fachärzte verschiedenartiger Disziplinen ergebnislos konsultiert hatten.

Die Frühfälle der Elephantiasis nostras sind an sich nicht ganz so selten, wie man aus den eingangs besprochenen spärlichen Veröffentlichungen schließen könnte. Auf der mir unterstellten Frauenabteilung der Münchener Dermatologischen Universitäts-Poliklinik sah ich in den letzten 3 Jahren 8 einschlägige Fälle unter rund 5500 Zugängen an Dermatosen aller Art (exkl. Geschlechtskranken). Dazu kommen noch 2 Konsiliarfälle, ein weiblicher und ein männlicher. Die poliklinischen Fälle übertreffen an Zahl die Fälle von Pemphigus, Morbus Darier, Mycosis fungoides und derartigen „Seltenheiten".

Die Mehrzahl der Patientinnen hatte elephantiastische Veränderungen im Gesicht. Bei 3 von ihnen hatte die Krankheit ihren Ausgang von der Mundöffnung genommen, bei 2 anderen war die Ohrgegend elephantiastisch, bei 2 weiteren ging die Krankheit von der Nase aus. Nur bei den 2 restlichen weiblichen Fällen war einmal das linke, das andere Mal das rechte Bein befallen.

Eine genaue Schilderung all dieser Fälle unterlasse ich hier, sie würde zu viel Wiederholungen bringen. Das Kennzeichnendste im Verlauf aller Fälle war das schubweise Entstehen und Wachsen der Hautverdickungen, meist mit Fieber und lokalen Rötungen. Nur der männliche Konsiliarfall soll näher beschrieben werden, er ist in ätiologischer wie therapeutischer Hinsicht am instruktivsten.

E. d. L., Oberstleutnant a. D., 54 Jahre alt. Vorgeschichte: Im Feld an der Ostfront Schädelbasisbruch durch Sturz vom Pferd, dann Gasvergiftung mit Kampfgas, hauptsächlich Schädigung der Nasenschleimhaut, schließlich beim häufigen Autofahren in großer Kälte das Gesicht erfroren. Schon im letzten Kriegsjahr traten im Anschluß an solche Fahrten im offenen Auto Gesichtsschwellungen und Rötungen mit Fieber auf. Diese wiederholten sich von Zeit zu Zeit. Jede Attacke brachte eine größere Beteiligung des Gesichts mit sich, während anfänglich Schwellung und Rötung auf die rechten Wangenseite unterhalb des Auges und oberhalb der Nasen-Lippenfalte beschränkt war. Die Fieber-

Digitized by Google

anfälle dauerten 1—3 Tage, das Gesicht wurde dabei flammendrot und heiß. Trotz wiederholter langdauernder und immer wieder erneut versuchter Behandlung bei vielen Ärzten („QUINCKEsches Ödem", „Leukämie", „Diabetes" usw.) hörten diese Anfälle nicht auf, sie kamen immer häufiger; starker Zugwind genügte, einen Anfall auszulösen. Dabei wurde im Laufe der Jahre das Gesicht von Anfall zu Anfall dicker. Patient wollte indes nach den vielen Mißerfolgen keinen Arzt mehr aufsuchen. Schließlich wurden die Schwellungen an den Augen so stark, daß das Sehen so behindert, daß der Patient dies in allem höchst störend empfand, insbesondere auf der Straße. So mußte Abhilfe geschaffen werden.

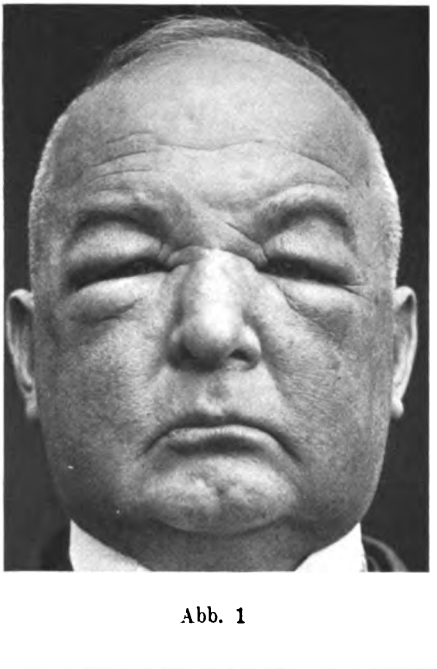


Abb. 1

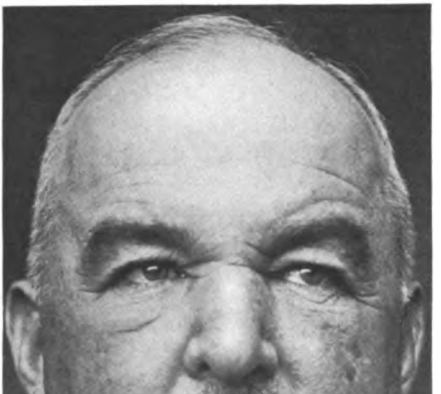


Abb. 2

Befund (20. I. 1928): Statt ausführlicher Beschreibung sei hier auf Abb. 1 verwiesen. Die Schwellungen an den Augenlidern waren dem Tastgefühl nach rein ödematöser Natur, die Verdickungen an der Nase und auf der rechten Wange massiv derb, zum Teil knotig und deutlich gegen das umgebende Ödem abgrenzbar.

Verlauf und Therapie: Unter Würdigung der Entstehungsbedingungen wurde eine Fachbehandlung des Naseninnern veranlaßt, äußerlich wechselnd antiphlogistisch und desinfizierend behandelt, vor allem mit Ichthyolsalben und Ichthyoltinkturen, dann mit grauer Salbe. Um die Resorption zu verstärken, wurde über die Salbenverbände stundenweise ein Heißkissen appliziert. Den Hauptwert legte ich aber auf eine energische Reizkörpertherapie, Terpichin, Aolan, Eigenblutinjektionen, jeden 2.—3. Tag intraglutäal injiziert, mit den Mitteln abwechselnd. Die Behandlung erstreckte sich vom 20. I. bis zum 2. V. 1928, also etwas über 3 Monate. Der Erfolg ist wohl am eindeutigsten aus Abb. 2 zu ersehen. Besonders bemerkenswert ist, daß auch die massiven Gewebsknoten, also die eigentlichen elephantiastischen Wucherungen, zur Rückbildung gebracht werden konnten. Die Heilung ist bis heute geblieben, sie hat auch den außergewöhnlich strengen Winter 1928/29 mit wochenlangen Temperaturen von 20° und mehr Grad Kälte gegenüber standgehalten. Nie wieder ist ein Erysipelschub aufgetreten.

Von den übrigen Fällen konnten bis jetzt noch 7 zu Ende behandelt werden. Auch diese sind geheilt worden, zum Teil schon seit 1 3/4 Jahr[1].

[1]) Die Bilder dieser Patienten wurden anläßlich eines Vortrages über das gleiche Thema in der Münchener dermatologischen Gesellschaft am 25. VII. 1928 demonstriert.

Digitized by Google

n keinem dieser Fälle ist mehr ein Fieberschub aufgetreten, es wurde uch den Formen nach eine Restitutio ad integrum erreicht, alle Schwarten onnten weggebracht werden.

Gerade diese Erfolge der Frühbehandlung gegenüber den bekannten Mißerfolgen in den Spätstadien mahnen, Fällen der beschriebenen Art größte Aufmerksamkeit bei der Diagnostik zuzuwenden.

Weiterer Beitrag zur Klinik des Angiokeratoma naeviforme (Naevus angiokeratosus)

Von

Prof. Dr. J. Fabry in Dortmund

Mit 1 Abbildung im Text

Die Aufstellung des Typus des Angiokeratoma naeviforme, die zuerst aus Anlaß der Demonstration meines Falles von Angiokeratoma universale auf dem Straßburger Dermatologen-Kongreß von Jarisch [1]) gefordert wurde, ist inzwischen durch weitere Mitteilungen in der Literatur als richtig bestätigt worden. Daß es sich nicht gerade um ein häufig beobachtetes Krankheitsbild handelt, geht auch aus der relativ geringen Zahl der Publikationen hervor. In der Wiener Derm. Ges., Sitzg. vom 5. IV. 1929, demonstrierte neuerdings Fuhs einen Fall von „Naevus angiokeratosus". Er betraf einen 26jähr. Mann, der seit 10 Jahren am Penis und Skrotum stecknadelkopfgroße blau- und graurote Fleckchen und Knötchen mit warziger Oberfläche zeigte. An Nates, Oberschenkeln und Hüftgegend kleinere Effloreszenzen. Histologisch das typische Bild des Angiokeratoms. Angiokeratoma ad scrotum ist wiederholt in der Literatur beschrieben. Diese pflegen nicht einzeitig, sondern symmetrisch aufzutreten, nichts destoweniger sind sie den naeviformen Angiokeratomen zuzuzählen, wie dies auch Stümpke in dem von ihm beschriebenen Falle tut. Ähnliche Beobachtungen machten bereits Fordyce 1896, Leredde und Hanry 1899.

Wenn das Angiokeratom in der Skrotal- und Gesäßgegend symmetrisch auftritt, so erklärt sich das entwicklungsgeschichtlich zwanglos, da hier der eine Endpol beim Embryo liegt. Durch Hinzuziehung der skrotalen Angiokeratome zu der Gruppe der A. naeviforme vergrößert sich natürlich die Zahl dieser bis jetzt veröffentlichten seltenen Fälle; dennoch bleiben sie auch jetzt noch im Vergleich zum A. akroasphycticum der Hände seltene Beobachtungen.

Wer sich darüber näher informieren will, findet die lückenlose ältere Literatur in meiner Arbeit „Zur Klinik und Ätiologie des Angiokeratoma" (Arch. f. Derm., 1916, Bd. 123, H. 2, S. 294).

Fälle mit einseitiger Lokalisation sind die von Bockholt, Fabry, Grouven, Kyrle. Von meinem in der Derm. Zschr., Bd. 20, H. 1, veröffentlichten Fall gebe ich heute ein besseres Bild nach der Moulage, die

[1]) Jarisch, Lehrbuch der Hautkrankheiten.

Digitized by Google

ich seinerzeit von dem schönen Fall anfertigen ließ und die leider dort sehr schlecht wiedergegeben wurde. Es handelt sich um ein 11jähr. Mädchen. Die Mutter will die Entwicklung der Flecken und Rauhigkeit erst seit 4 Jahren beobachtet haben.

Und nun noch einige Worte über die Fälle von universeller Angiokeratosis (FABRY-RILLE). RILLE hatte auf meine Bitte die Liebenswürdigkeit, mir Lichtbilder seines in der Leipziger medizinischen Gesellschaft demonstrierten und von ihm mit Recht als Angiokeratosis bezeichneten Falles zur Ansicht einzusenden. Der Fall deckte sich vollständig

Abb. 1. Naevus angiokeratosus oder Angiokeratoma naeviforme am linken Oberschenkel zusammengesetzt aus typischen braunroten warzigen Knötchen

mit meinem Fall E. Honke und zwar mit der 2. Aufnahme, die ich 19[illegible] machte. Die RILLEsche Bezeichnung Angiokeratosis dürfte wohl als die beste für diese seltenen Fälle akzeptiert werden.

Schon in der obigen Arbeit habe ich darauf hingewiesen, daß sich im Vergleich zur 1. Aufnahme das Krankheitsbild insofern geändert hatte, als die Zahl der kleinsten Effloreszenzen ganz ungemein gewachsen war, von den größeren an der Brust, am Rücken und Skrotum hatten sich zahlreiche spontan abgestoßen. — Der Patient ist vor 2 Jahren in einem benachbarten Krankenhaus an einem Lungenleiden gestorben. Etwas Näheres habe ich leider nicht über die Todesursache ermitteln können. Ich bemerke nochmals, daß H.s Eltern in der Anamnese angaben, als er mir zum ersten Male zur Untersuchung zugeführt wurde, daß er häufig Blutungen aus Lunge, Darm und Blase gehabt habe und daß ich deshalb die Auffassung hatte, daß die Angiokeratosis nicht nur die Haut, sondern

Digitized by Google

auch die Schleimhäute befallen hatte, wie ich auch auf dem Straßburger Kongreß ausführte. Jedenfalls war man damals nicht berechtigt, den Fall mit der kurzen Bemerkung abzutun, es sei ein Angiokeratom, und es war mir eine große Genugtuung, daß schon F. J. Pick und später Jarisch in seinem Lehrbuch meiner Auffassung beitraten, daß neben dem Angiokeratoma Mibelli ein zweiter Typus aufgestellt werden müsse und zwar auf Grund meiner Beobachtung. Die Anhänger dieser Anschauung haben recht behalten.

Aus der Ambulanz für Haut- und Geschlechtskrankheiten des Poznanski-Krankenhauses zu Lodz (Leitender Arzt: Dr. med. J. Leyberg)

Zur Feststellung der chronischen Bulbusgonorrhoe: Bulbusirrigationsprobe und Bulbusendoskopie

Von

Dr. J. Leyberg

Bei jeder hartnäckig verlaufenden und sich in die Länge hinziehenden Gonorrhoe soll man sich stets davon überzeugen, ob nicht die Ursache eines solchen Krankheitsverlaufes in dem sogenannten Bulbus urethrae zu finden ist. Diese Lokalisation wird wahrscheinlich zum Teil durch die allgemein verbreitete Behandlungsweise der Gonorrhoe mit Hilfe der Neisserschen Tripperspritze begünstigt. Falls der Bulbus befallen ist, gelangt dabei die medikamentöse Flüssigkeit entweder gar nicht hinein oder dieser Teil der Harnröhre wird in ungenügendem Maße bespült. Die unmittelbare Nachbarschaft des Sphinkters ermöglicht und erleichtert dann das Vorrücken des entzündlichen Prozesses nach der Pars posterior, wo die Prostataoberfläche am meisten gefährdet ist. Bei längerer Dauer haben wir dann eine verschleierte Prostatitis catarrhalis (endoglandularis) vor uns, die solch minimale Symptome geben kann, daß keine Gläserprobe sie zu entlarven imstande ist und die Palpation der Prostata uns ganz im Stich läßt, da sie weder Schmerzhaftigkeit noch Konsistenzdifferenz der beiden Lappen verät. Ohne genaue Diagnose dauert der Prozeß in solchen Fällen unendlich lange.

Ein anderes Mal kann der Grund für die ständigen gonokokkenhaltigen Rezidive in einer kleinen isolierten Insel der infizierten Bulbusschleimhant, die zwischen den üppigen Bulbusfalten verborgen liegt, zu finden sein, wie ich es öfters zu beobachten Gelegenheit hatte und worüber von mir an anderer Stelle genauer berichtet wurde. (Siehe: J. Leyberg, Bemerkungen zur Endoskopie der vorderen Harnröhre. Przegl. Dermat., 1929, S. 164—185.)

In wiederum anderen Fällen begegnet man bei angegriffenem Bulbus in der ersten Urinportion den hartnäckigen, eitrigen gonokokkenfreien Filamenten, die ohne richtige Diagnose und Behandlung erst dann aus dem Urin schwinden, wenn an Stelle der Erkrankung infolge von regressiven Prozessen am Granulationsgewebe eine Striktur zurückbleibt.

Wie kann man sich nun überzeugen, ob der Bulbus befallen ist?

Von einer unmittelbaren Untersuchung der Pars bulbosa urethrae, die eine Lieblingslokalisation für den chronisch gonorrhoischen Prozeß bildet, ist mir nichts bekannt, weder aus den Lehrbüchern noch aus den periodischen Fachzeitschriften. Es wird nur die Untersuchung der Cowperschen Drüsen als diejenige Methode angegeben, welche die Aufgabe hätte, den entzündlichen Prozeß in der Pars bulbosa urethrae an den Tag zu bringen. Die genannten Drüsen sind zwischen den Fasern des M. transversus perinei tief eingemauert und ihre Ausführungsgänge münden ungefähr 3—4 cm nach vorn zu beiden Seiten von der Raphe an der Stelle, wo die Pars bulbosa urethrae beginnt. Im Falle einer chronischen Entzündung dieser Drüsen sollen dieselben tastbar und druckempfindlich sein. Besonders in den letzten Jahren wird von mehreren Seiten behauptet, daß die Ursache der chronischen Anteriorgonorrhoe nicht selten in den erkrankten

Digitized by Google

Cowperschen Drüsen zu finden sei. (E. Sklarz, Über die chronische Cowperitis gonorrhoica. Derm. W., 1928, Nr. 39a.)

Daß es eine chronische Form der Cowperitis im anatomischen Sinne tatsächlich gibt, hat R. Leszczyński in seiner Arbeit (Sur la Cowperite chronique latente Ann. des mal. vénér., 1922) bewiesen. Damit hat er die Lücke ausgefüllt, die bis dahin in unseren klinischen Kenntnissen über die chronische Entzündung der Cowperschen Drüsen mangels anatomischer Beweise vorhanden war.

Seit 1909, als R. Picker seine Methode über die Untersuchung der Cowperschen Drüsen (Die topische Diagnose der chronischen Gonorrhoe) veröffentlichte, untersuche ich dieselben systematisch nach seiner Methode, und in den letzten Jahren bediene ich mich außerdem der bidigitalen Untersuchung nach Pasteau.

Ich kann es aber nicht behaupten, daß die eine oder die andere von den genannten Methoden mich hätte überzeugen können, daß man mit Hilfe derselben einen chronisch entzündlichen Prozeß im Bulbus sicher feststellen könnte. In vielen Fällen, in denen man auf andere Weise eine Bulbitis ganz sicher feststellen konnte, waren die Cowperschen Drüsen weder tastbar noch druckempfindlich. Und wenn es mir hier und da gelang, eine schmerzhafte scharf begrenzte Verhärtung von etwa Erbsengröße an einer Seite des Perineums festzustellen, so fördert das Ausdrücken dieser Gebilde gewöhnlich kein Sekret zutage, das in der nach vorheriger Füllung der Harnblase abgegebenen Flüssigkeit zu sehen und als pathologisch zu deuten wäre.

Andererseits unterliegt es keinem Zweifel, daß, falls sich die Gonorrhoe längere Zeit hindurch im Bulbus aufhält, eine große Wahrscheinlichkeit einer Infektion zum mindesten der Ausführungsgänge vorhanden ist.

Um aber die Cowpersche Drüse tasten zu können, muß schon eine stärkere Wucherung des periglandulären Bindegewebes vorhanden sein, wodurch die Drüse vergrößert und empfindlich wird. Ohne diese Wucherung können der Ausführungsgang und die Drüse endoglandulär infiziert sein, und trotzdem wird das Ergebnis der Untersuchung der Cowperschen Drüsen nach obenerwähnten Methoden negativ ausfallen. Solch ein Zustand läßt sich auch nicht mit Hilfe des Urethroskops feststellen. Im Urethroskop à vision directe sind die Mündungen der Cowperschen Drüsen bei normalen Verhältnissen in der Regel nicht immer und dabei schwer sichtbar. Um so schwieriger sind sie bei entzündlichen Zuständen zu finden, weil dann dieselben von den sie umgebenden gedunsenen Schleimhautfalten vollständig verdeckt sind. Im günstigsten Falle läßt sich hier und da auf der unteren Wand eine ganz kleine Spalte feststellen, aus der sich mit dem Tubusrande die schleimig-eitrige Sekretion ausdrücken läßt. Im Falle aber, wo nur eine Cowpersche Drüse befallen ist, was meistens der Fall sein dürfte, ist es unmöglich, diesen Zustand von den eiternden Littréschen Drüsen, die sich daselbst befinden, zu unterscheiden.

Für die genaue Feststellung des Bulbuszustandes ist die alleinige Untersuchung der Cowperschen Drüsen unzureichend.

Persönlich bediene ich mich derselben nur als einer Kontrolle der unmittelbaren Bulbusprobe, die ich mit Erfolg seit mehreren Jahren anwende. Zur Vergegenwärtigung dieser Probe, die ich „Bulbusirrigationsprobe" nenne, sei es mir gestattet, mit wenigen Worten an einige topographische Einzelheiten zu erinnern.

Der Bulbus urethrae beginnt etwa 2 cm nach hinten vom Angulus penoscrotalis. Auf der Strecke zwischen dem Angulus und dem Bulbuseingang hat die Harnröhre in Gestalt eines Zylinders mit horizontaler Achse, und von dieser Stelle an nimmt sie eine parabelartige Gestalt an. Im Sagittalschnitt sieht man die untere Wand als eine Kurve, welche anfangs die Richtung nach hinten und unten und dann nach oben und vorn hat. Auf diese Weise lassen sich in der sogenannten Pars bulbosa zwei Teile unterscheiden, der vordere längere, der sich allmählich erweitert (Fossa bulbi), und der hintere viel kürzere, der sich schnell verengt (Isthmus bulbi).

Die Konfiguration des Harnröhrenabschnittes, der sich zwischen dem Angulus und dem Sphinkter externus befindet (Pars praebulbaris plus Bulbus), bedingt somit, daß die entzündliche Sekretion, die in der eingebuchteten Fossa bulbi entsteht, die günstigsten Bedingungen hat, dort längere Zeit haften zu bleiben und am spätesten an der äußeren Harnröhrenmündung zu erscheinen.

In Fällen, wo die Posterior mit ihren drüsigen Adnexen frei von Entzündung ist, gehe ich, mit Rücksicht auf das soeben Gesagte, um mich zu überzeugen, ob die Pars bulbosa urethrae entzündliches Sekret ausscheidet, in folgender Weise vor: Der Kranke drückt die Harnröhre mit dem Daumen und Zeigefinger der rechten Hand von oben und unten schräg etwas nach rückwärts vom Angulus penoscrotalis fest zusammen

Digitized by Google

woraufhin ich eine langsame Ausspülung der Harnröhre mit einer kalten Borsäurelösung vornehme, und zwar nur bis zu der vom Patienten gesetzten Sperre. Dieses Verfahren dauert so lange, bis die Spülflüssigkeit total klar, ohne die geringste Beimengung von Filamenten wird. Dann läßt der Patient die Finger los und wird zum Urinieren aufgefordert, indem ich ihm mit 2 Fingern die Harnröhrenmündung fest zudrücke. Sobald ich den angepralten Urin im abgeschlossenen Kanal unter meinen Fingern fühle, halte ich ihn noch eine Weile zurück, um dann plötzlich die Mündung frei zu machen und dem verstärkten Harnstrom freien Lauf zu geben. Wenn in dem ersten Harnstrahl, der auf diese Weise entleert wird, Fetzen und Fäden enthalten sind, so stammen sie von der Pars bulbosa her.

Das Ausführen dieser einfachen Probe erfordert eine bestimmte Übung. Der Patient muß es lernen, ganz dicht die Harnröhre an richtiger Stelle zu schließen, damit womöglich kein Tropfen der Spülflüssigkeit nach hinten gelangt, und die Spülung muß milde und langsam Schritt für Schritt vor sich gehen. Wenn die Harnröhre zu weit nach hinten geschlossen und die Spülung nicht langsam genug ausgeführt wird, so können aus dem Bulbus stammende Filamente mit ausgespült werden und sich bereits in der Spülflüssigkeit zeigen. Man wird sie ebenfalls im ersten Morgenharn nach sehr langer Urinhaltung finden, wenn sie infolge von reflektorischen Kontraktionen der Harnröhrenmuskulatur in der Richtung der Harnröhrenmündung hindurchgeschlüpft sind. Es ist daher am zweckmäßigsten, diese Probe nicht länger als 4—5 Stunden nach dem letzten Urinieren vorzunehmen.

Die Harnsuspensionen, die aus dem Bulbus stammen, können ganz verschieden aussehen. Ich möchte aber darauf aufmerksam machen, daß ich in diesen Suspensionen besonders oft ziemlich lange, solide schlangen-, bogen- und spiralartige Fäden feststelle. Ich halte diese Gebilde für bulbusverdächtig, weil ich sie auch in dem ersten Morgenharn bei den Kranken öfters feststelle, bei denen das Endoskop unbestreitbare Krankheitsveränderungen im Bulbus aufweist.

Es ist wohl anzunehmen, daß ein längeres Aufhalten des Sekrets im Bulbus — bedingt durch seine besondere Konfiguration — diesem Sekret zuerst eine Form verleiht, die der Fläche entspricht, auf der es entstanden ist. Der Harnstrom umspült dann das zwischen den Falten liegende verdickte Sekret und befördert es bis zur Mündung mit Erhaltung seiner bogen- und schlangenartigen Gestalt oder er bewirkt das Zusammenrollen des schleimig-eitrigen Abgusses und gibt ihm eine spiralartige Form. Es versteht sich, daß beide Formen der Fäden gleichzeitig in derselben Harnportion vorhanden sein können. Ich betone aber hier nochmals ausdrücklich, daß die Bulbusirrigationsprobe auch dann als positiv zu betrachten ist, wenn sie — lege artis ausgeführt — im ersten Harnstrahl Suspensionen aufweist, die nicht die oben bezeichneten Formen zeigen, da sich dieselben beim Passieren der Urethra naturgemäß zerbröckeln können.

Die positive Bulbusirrigationsprobe gibt mir Indikation für besondere Berücksichtigung der Pars bulbosa bei der endoskopischen Untersuchung der Anterior. Abgesehen von den entzündlichen Veränderungen an den Mündungen der Cowperschen und Littreschen Drüsen, die — wie oben gesagt — sehr schwer zu konstatieren sind, finde ich hier verschiedene Infiltrationsstadien der Mukosa und besonders oft scharf umschriebene, polsterartig gedunsene, leicht blutende Erosionen, die entweder eine glatte, dunkelrote, matte Oberfläche haben oder mit feinkörnigen Granulationen bedeckt sind, die besonders deutlich bei leichter Anspannung mit dem Tubusrand zutage treten oder auf ihrer Oberfläche schmutziggraue Beläge aufweisen, die membranartig der Unterlage mehr oder weniger fest anhaften; nicht allzu selten sieht man hier auch hellrote, glatte oder warzige papillomatöse Wucherungen.

Man darf sich aber bei der Bulbusendoskopie nicht mit der Besichtigung nur eines Teiles desselben begnügen, sondern man muß die ganze Pars bulbosa, d. h. die Fossa und den Isthmus genau besichtigen. Ich empfehle dabei, sich an folgende Untersuchungstechnik zu halten.

Der Kranke bleibt auf dem Rande des Untersuchungstisches mit festgestützten Füßen sitzen. Der Arzt, der vor dem Patienten auf möglichst niedrigem Stuhle sitzt, hält mit der linken Hand den Penis etwas ausgezogen in horizontaler Lage; mit der rechten führt er den Tubus in die Harnröhre langsam so weit ein, bis er den Bulbuseingang berührt, was durch einen leichten Widerstand fühlbar wird. Dann wird der okulare Tubusrand flink bis 45° gehoben und ein Bogen nach unten umschrieben, indem der Tubus bei ganz leichtem Druck der rechten Hand tiefer einschlüpft bis zu einem

Digitized by Google

deutlichen elastischen Widerstand, der die Tendenz hat den Tubus hinauszuschleudern. Man muß in dieser Stellung den Tubus mit der linken Hand festhalten und ihn leicht andrücken. Bei Herausnahme des Mandrins und vorsichtiger Abtupfung der Schleimhaut hat man dann im Gesichtsfelde den Isthmus vor sich. Wenn man aber beim Erreichen des elastischen Widerstandes den Tubus nicht fest genug hält, dann ist der Isthmus aus dem Gesichtsfelde sofort weg, weil der Tubus durch reflektorische Krämpfe der kräftigen Perinealmuskulatur auf einer kurzen Strecke hinausgepreßt wird. Die Zentralfigur im Isthmus hat kein konstantes Aussehen: ihre Form kann einer länglichen, queren oder schrägen Spalte gleichen, sie kann ein sternartiges Aussehen annehmen oder kann auch ein Grübchen bilden. Diese Labilität der Zentralfigur im Isthmus entsteht durch die vielen Muskeln (Mm. transversus perinei superficialis et profundus, M. levator ani, M. constrictor urethrae und die oberen Fasern des M. bulbo-cavernosus), von denen bald die eine bald die andere Muskelgruppe auf dieser kurzen Strecke zur dominierenden Wirkung kommt. Diese Zentralfigur hat aber bei normalen Verhältnissen eine charakteristische Eigenschaft: ihre Form ist regelmäßig, symmetrisch, sehr klein und zierlich. Bei langsamem Herausziehen des Tubus verändert sich allmählich die Form der Zentralfigur, indem sie in der Fossa bulbi eine konstante Form annimmt, die sie auf der ganzen Strecke bis zum Bulbuseingang behält. Es ist die Form einer hohen Längspalte, die von zwei saftigen Schleimhautfalten umgeben ist. Diese konstante Form der Zentralfigur ist durch den M. bulbo-cavernosus bedingt, der auf dieser Strecke ganz allein zur Wirkung kommt. Nur bei stark entwickeltem Membrum mit weiter Harnröhre kann die Zentralfigur im Bereiche der Fossa dadurch, daß sich die tiefe untere Harnröhrenwand in das Tubuslumen einstülpt, scheinbar deformiert aussehen. Sie hat dann die Gestalt eines unregelmäßigen Halbmondes oder einer nach unten gerichteten Stimmgabel.

Die Kenntnis und Berücksichtigung dieser Details bei der Endoskopie der Pars bulbosa halte ich für unbedingt notwendig, weil sonst der engste und am meisten nach hinten gelegene Bulbusabschnitt der Aufmerksamkeit des Untersuchers leicht entgehen kann. Gerade aber dieser Teil der bulbösen Harnröhre (Isthmus) stellt, wie die Erfahrung lehrt, für die postgonorrhoischen Infiltrate und Strikturen die Lieblingslokalisation dar.

Louis Philippson

Dem lieben, treuen Freunde, dem geistvollen, nimmermüden, vorbildlichen Kameraden in mancher gemeinsamer Arbeit soll ich einen Nachruf widmen! Wird es mir gelingen? Wird nicht das tränenumflorte Auge den Blick trüben? Wird der Schmerz um den dahingeschiedenen Freund mich nicht hindern, sein Wesen und sein Werk treu zu schildern? Und doch will ich es wagen, mit einigen Strichen ein Bild dieses edlen und bedeutenden, wie bescheidenen Menschen zu zeichnen und damit auch den Kranz der Freundschaft und Dankbarkeit auf sein frisches Grab legen.

Louis Philippson war praktischer Arzt in Hamburg, wo er sich seit kurzem niedergelassen hatte, als er unbefriedigt von der praktischen Tätigkeit im Jahre 1889 als Volontär in das Laboratorium Unnas eintrat, um seine freie Zeit mit wissenschaftlicher Forschung auszufüllen. Zwei Jahre später wurde er Assistent derselben Anstalt. 1894 folgte er dem Rufe Tommasolis, der ihn zum Assistenten der dermatologischen Klinik in Palermo, welche damals unter der Leitung Tommasolis stand, ernennen ließ. Nach dem Tode Tommasolis wurde er zu dessen Nachfolger ernannt. Seinen letzten akademischen Vortrag hielt er einige Stunden vor seinem Tode, welcher durch einen stenokardischen Anfall verursacht wurde.

Die ersten zwei Arbeiten Philippsons aus der Zeit seines Hamburger Aufenthaltes befassen sich mit Fragen des Aufbaues der normalen Haut. Doch lassen sie auch Folgerungen auf pathologische Zustände zu, welche zu ziehen Philippson nicht unterläßt. Die erste dieser Arbeiten hat die Konstitution des Hauttalges zum Gegenstand und lieferte den Nachweis, daß die Wandschicht der verfettenden Talgzellen verhornt. Die andere Arbeit befaßt sich mit den anatomischen Grundlagen und der Genese der Haut-

Digitized by Google

elderung. Die Beobachtung von Flächenpräparaten der Epidermis und des Papillarörpers, welche er zum ersten Male in ausgedehnter Weise anwendete, lieferte das laterial zu den Folgerungen, welche er insbesondere auf die Entstehung der interapillären und Spannungsfurchen zog. Beide Arbeiten lassen schon den feinen, genauen, nermüdlichen Beobachter erkennen, der PHILIPPSON immer gewesen.

Eine seiner wichtigsten Arbeiten bezieht sich auf die Entstehung der Urtikaria. n dieser auf breiter experimenteller Grundlage aufgebauten Studie liefert er den Nachreis, daß sich Quaddeln bei Hunden experimentell durch Injektion bestimmter Stoffe, ie Morphin, Atropin, Pepton in die Blutbahn, bzw. durch Applikation minimaler Mengen erselben Substanzen vermittels feiner Glaskapillaren in die Lederhaut erzeugen lassen, uch wenn vorher jede Verbindung der betreffenden Hautbezirke mit dem zentralen ervensystem unterbrochen wurde. Auch auf der anästhetischen Haut Lepröser gelang im der Versuch; die intrakutane Anwendung der genannten Stoffe rief auch bei diesen ie Bildung von Quaddeln an der Einstichstelle hervor. Damit hat PHILIPPSON der amals noch allgemein anerkannten Angioneurosenlehre den ersten Stoß versetzt. Nebenei sei bemerkt, daß die gegenwärtig bei „funktionellen Hautprüfungen" allgemein verendete Methode der intrakutanen Applikation kleinster Mengen entzündungserregender toffe, wie ersichtlich, eigentlich von PHILIPPSON stammt.

Zahlreiche Arbeiten PHILIPPSONS sind dem Studium der Gefäßveränderungen beim rythema nodosum, E. indurativum, beim akneiformen Tuberkulid, bei dem Gumma syphiticum und der Lepra maculosa gewidmet. Bei allen diesen gelang es ihm, primäre Blutgefäßveränderungen phlebitischen und thrombophlebitischen Charakters festzustellen. r schloß hieraus auf den embolischen Ursprung dieser Prozesse. Diese und seine auf ie Urtikaria bezüglichen Untersuchungen lieferten die Grundlage, auf welcher er die ehre von der embolischen (hämatogenen) Hautentzündung aufbaute. Die Angioneurosenehre ließ er vollständig fallen. Bloß wer sich noch zu erinnern vermag oder aus eschichtlichen Studien erfuhr, welche allgemeine Geltung die letztere besaß, wird die ragweite dieses Schrittes richtig bewerten. Heute, wo wir täglich von hämatogenen autentzündungen sprechen, wird es viele wundern zu hören, daß noch vor nicht ganz 0 Jahren an ihrer Stelle beinahe immer die angioneurotische Pathogenese in dem Vorderund stand und daß es harte Kämpfe gekostet hat, der neuen Auffassung schrittweise nerkennung zu verschaffen. Die Palme für diese die ersten gewichtigen Beobachtungen nd Argumente vorgebracht und die neue Lehre begründet zu haben, gebührt L. PHILIPPSON.

Es mangelt hier an Raum, auf alle Arbeiten PHILIPPSONS bis ins einzelne einugehen. Ich erwähne daher bloß kurz den von ihm geführten Nachweis der tuberulösen Herkunft des akneiformen Tuberkulids durch die gelungene Impfung in die ordere Augenkammer des Kaninchens, seine Untersuchungen über die septische Natur es multiformen Erythems, seine histologischen und klinischen Studien über die Mycosis ungoides, das Sarcoma idiopathicum multiplex KAPOSI, über Hautnekrosen, über die eilung der Syphilis, über die WASSERMANNsche Reaktion, über den Lupus vulgaris. lle bezeugen, daß ihr Autor ein ebenso gewiegter Kliniker und Therapeut wie Histologe nd Experimentator war.

Einige Worte möchte ich aber einem Gegenstande widmen, den er wiederholt in einen Veröffentlichungen behandelte und der ihm ganz besonders ans Herz gewachsen ar: das ist die Kritik der morphologischen Richtung in der Dermatologie, die Beleuchung ihrer Nachteile für die Beobachtung, für klinische und pathogenetische Fragetellungen und ihre Substitution durch eine pathologisch-anatomische oder vielmehr natomisch-genetische Betrachtungsweise der Hautveränderungen und durch eine auf iese aufgebaute Diagnostik. Er vertrat diesen Standpunkt das erstemal in der im ahre 1895 gemeinsam mit mir herausgegebenen „Allgemeinen Diagnostik der Hautrankheiten begründet auf pathologische Anatomie". Wir sind mit unserer Auffassung icht durchgedrungen. Gewiß hätte sich mehr Widerhall gefunden, wenn die Autoren elegenheit gehabt hätten, ihre Ansichten einer größeren Gemeinde viva voce lehrend orzutragen. Doch der eine war Direktor einer kleinen Klinik auf einer Insel des ittelländischen Meeres, der andere Zeit seines Lebens bloß Vorstand einer poliklinischen bteilung. Da ließen sich bei der eigentlich auch eminent praktischen Bedeutung des egenstandes unmittelbar keine Wirkungen erzielen, d. h. die methodisch durchgeführte natomisch-genetische Diagnostik konnte nie einem größeren Kreise praktischer Ärzte elehrt werden.

LOUIS PHILIPPSON war ein durchaus origineller und wahrhafter Forscher, der die Probleme ohne Voreingenommenheit erfaßte, mit durchsichtigen, oft selbst erdachten

Digitized by Google

Methoden durcharbeitete, aus den Beobachtungen mit scharfer Kritik und eherner Logik mutig alle zulässigen Konsequenzen zog und sich dabei von hergebrachten Ansichten auch wenn sie von noch so autoritativer Seite vertreten wurden, nicht stören ließ. So gelangte er dazu, zahlreiche Kapitel der Dermatologie von neuen Gesichtspunkten aus darzustellen und das ganze Gebäude derselben auf pathologisch-anatomischer und pathogenetischer Grundlage umzubauen. Seine Darstellung ist knapp und klar und auch in italienischer Sprache, welche er sich erst in seinem dreißigsten Lebensjahre aneignete, meisterhaft. Um Lob und Anerkennung war es ihm dabei nie zu tun. Hatte er eine Untersuchung zu Ende geführt und deren Resultate veröffentlicht, so war für ihn die Angelegenheit abgeschlossen. Um das weitere Schicksal seiner Veröffentlichungen hat er sich wenig gekümmert. Die gangbare Autoreneitelkeit war etwas, was seinem Denken und Empfinden vollständig fern lag. Die Befriedigung des in ihm lebendem Wahrheitdranges und nicht die von außen kommende Anerkennung seiner Leistungen war die einzige Triebfeder seiner wissenschaftlichen Tätigkeit. Und dieser Drang trieb ihn dazu auch andere Wissenschaftszweige zumindest rezeptiv zu pflegen. So wurde er ein gründlicher Kenner der philosophischen und psychologischen Wissenschaften, ein guter Mathematiker. Seine sozialwissenschaftlichen, geschichtlichen und geographischen Kenntnisse überragten in hohem Maße den Durchschnitt. Er war ein gründlicher Kenner der Weltliteratur, deren Erzeugnisse er bis in die letzte Zeit mit Aufmerksamkeit verfolgte und über welche er sich ein stets unabhängiges Urteil bildete. Auch die übrigen Künste: Musik, Malerei, Bildhauerkunst und Architektur erregten sein wärmstes Interesse. Mit vollem Herzen verfolgte er in dem letzten Jahrzehnt seines Lebens den Zionismus, den er als einen der wenigen idealen Lichtpunkte in unserer schnöden, gedrückten, versklavten Zeit betrachtete. Er war ein Arzt im besten Sinne des Wortes, dem bei seiner praktischen Tätigkeit das Salus aegroti höchstes Gesetz blieb, ein Freund, wie selten einer. Güte und Hilfsbereitschaft waren die Grundzüge seines Wesens. Und so entdeckten die Menschen gar bald in dem stillen, wortkargen, scheinbar verschlossenen Mann. Ganz Sizilien brachte dem aus Hamburg eingewanderten Arzt die höchste Wertschätzung und Anhänglichkeit entgegen, so daß sein Rat auch in nicht spezialistischen Fällen nicht selten eingeholt und befolgt wurde. Auf seinem Grabdenkmal sollte die Inschrift stehen: Nichts Menschliches war ihm fremd. L. Török-Budapest.

Versammlungen

Nordwestdeutsche Dermatologen-Vereinigung und Dermatologische Gesellschaft Hamburg-Altona

Hamburg, den 24. November 1929

Vorsitzender: Mulzer Schriftführer: Bruck

Mulzer: Gedenkworte für P. G. Unna bei Übernahme von dessen Büste für die Universitäts-Hautklinik.

Ritter: 1. Hysterische Artefakte der Haut.

16jähr. Mädchen, bereits früher als chronisch vegetierende Pyodermie bzw. Lues III vorgestellt. Die Ulzerationen an den Unterschenkeln sind aber unter Okklusivverband abgeheilt, zur Zeit nur noch Narben.

2. Lupus erythematodes acutus.

17jähr. Patientin, schon 1927 in Kiel behandelt, 1928 akute Exazerbation im Gesicht, an Händen und Brust. Zur Zeit an den Wangen leichte Atrophie mit erweiterten Follikeln, sonst kaum noch Residuen.

Stühmer-Münster verweist auf einen Fall von allgemeiner, blauroter Schwellung mit Ausgang in poikilodermieartigen, atrophischen Zustand, den E. Hoffmann ebenfalls als Abart eines Lupus erythematodes subacutus ansprach.

Arning wünscht, daß in allen Fällen von akutem Lupus erythematodes die serologische Blutuntersuchung angestellt werde, damit die Frage des Eintretens einer positiven Komplementablenkungsreaktion bei diesen Fällen zur weiteren Klärung komme.

v. Grundherr (Klinik Ritter): 1. Ungewöhnliches toxisches Exanthem nach Tuberkulinimpfung bei geschlossener Spitzenaffektion der Lunge.

10jähr. Kind, seit Jahren an Phthise leidend, September 1928 Tuberkulininjektion

Digitized by Google

Nach einer Woche an der Stichstelle Rötung und Schmerzen, 14 Tage später ein Exanthem, welches sich unter Fieber und schlechtem Allgemeinzustand über den Körper ausbreitete. Anfallsweise treten Gelenkbeschwerden, Leibschmerzen und Bauchdeckenspannung auf. Bei einer Appendektomie wurde in der Bauchhöhle nichts Ungewöhnliches gefunden. Blutkulturen, Tierversuche stets ergebnislos. Histologisch unspezifische, entzündliche Veränderungen. Die Hautaffektion besteht jetzt seit Monaten, zeitweilig akut exazerbierend und stellt sich dar als gyriertes toxisches Exanthem von wechselnder Intensität.

2. Poikilodermia atrophicans vascularis?

51jähr. Patientin, deren Hauterkrankung im 27. Lebensjahr mit Nässen, etwas Jucken und Rötung begann. Die Behandlung bestand in Salbenapplikation und Lysol, keine Röntgenbestrahlung. Oktober 1929 wegen fraglichen Magengeschwürs Röntgendurchleuchtung. Über der Brust befindet sich ein flächenhafter, scharf begrenzter, ovaler, atrophischer Herd mit Teleangiektasien, fleckiger Pigmentierung und pityriasiformer Abschilferung, der wie ein Röntgenoderma aussieht, doch war die Hauterkrankung schon vor der Magendurchleuchtung vorhanden.

3. Lichen obtusus.

38jähr. Frau, Beginn der Hauterkrankung vor 11 Jahren, ein halbes Jahr später starker Juckreiz an den Extremitäten und Knötchen, die seitdem unverändert in wechselndem Maße bestehen. Im Gesicht Neurodermitis, an den Extremitäten hautfarbene, derbe abgeflachte Papeln mit geringer Schuppung und stärkstem Juckreiz. Ausgedehnte Lichenifikation, bedingt durch das starke Kratzen.

Delbanco betont die Identität mit Urticaria papulosa chronica perstans, wie er sie als einer der ersten vor Jahren beschrieben hat.

Brann (Klinik Ritter): Pemphigus vulgaris.

52jähr. Frau, Menopause seit 2 Jahren. Die ersten Hauterscheinungen vor einem halben Jahr am behaarten Kopf, anschließend Blaseneruption am ganzen Körper, in letzter Zeit auch Blasen im Munde. Vorübergehende Besserung nach Dauerbad und Arsenhepatrat innerlich, in letzter Zeit Versuch mit Spirozid.

Delbanco fragt nach dem Erfolg der Kromayerschen Spirozidbehandlung, die in einem Falle seiner Abteilung versagt hat.

Stühmer-Münster sah in 2 Fällen (1 Pemph. vulgaris, 1 Pemph. vegetans) weder einen Einfluß von langdauernden Spirozidgaben noch von angehender Kuhpockenimpfung.

Juliusberg-Braunschweig empfiehlt intravenöse Chiningaben nach Leszcynski. Er sah mehrmals gute Wirkungen, auch bei langdauernden, auf andere Weise nicht beeinflußten Fällen.

Riecke-Göttingen: Vakzinebehandlung bei Pemphigus ist mindestens unsicher, wahrscheinlich wirkungslos; in einem Fall von Pemph. vegetans eine Umwandlung in Pemph. vulgaris; in vielen anderen Pemphigusfällen negatives Ergebnis.

Rille-Leipzig hat vor Jahren in Innsbruck einen etwa 60jähr. Kranken mit ausgedehntem Pemph. vegetans vakziniert, weil damals eine Pockenepidemie herrschte. Daraufhin erfolgte durchaus keine günstige Beeinflussung des Grundleidens, es traten vielmehr auf Basis der Vakzinationspusteln Pemphigusblasen mit nachfolgender mächtiger Vegetation und fetzigem Epidermissaum auf.

Brann: 1. Pemphigus vulgaris.

42jähr. Frau, vor einem Jahr eine daumennagelgroße, wie eine Fischschuppe aussehende Stelle an der linken Wange. Allmähliche Ausbreitung auf Gesicht, Rücken und Arme, dabei Juckreiz und Nässen. Vorwiegend im Gesicht, aber auch am Körper zahlreiche, isolierte und gruppierte, zumeist konfluierte, serpiginös begrenzte, schlaffe und bereits geplatzte Blasen. Abbau von Nebenniere und Schilddrüse erhöht. Stoffwechsel um 15% erhöht. Spirozidkur, danach fleckiges Exanthem an den Extremitäten mit Temperatursteigerung, Abklingen nach Aussetzen des Spirozids.

2. Pemphigus vulgaris.

24jähr. Patientin, $4^1/_2$ Monate post partum eines gesunden Kindes ein juckender, teils schuppender, teils blasiger Ausschlag in den Achselhöhlen. Schnelle Ausbreitung über den Körper bei ungestörtem Allgemeinbefinden. Fast durchweg gruppierte Blasen, teilweise auf geröteter Basis. Abheilung mit Hinterlassung von Pigment. Während der Beobachtung neue Blasenschübe, zuletzt auch im Gesicht. Außer symptomatischer Behandlung Spirozid, wonach transitorische Besserung.

Klingmüller-Kiel: Keining erwähnt einen Fall von Pemph. vegetans mit vorwiegend kleinen Bläschen, der anderenorts bei noch ausschließlicher Lokalisation an den

Digitized by Google

Genitalien für eine Lues seronegativa mit breiten Kondylomen gehalten worden. Spirochäten wurden jedoch nicht gefunden. Die Diagnose klärte sich nach Aufschießen von Pemphigusvegetationen in den Achselhöhlen, unterhalb der Mammae, der Nabelgegend und Mundschleimhaut. Der Pemph. vegetans ist zu unterscheiden vom Pemph. cum vegetatione. In letzterem Falle sieht man eine Wucherung des Blasengrundes bei Pemph. vulgaris.

Brann: Der Fall hatte so typische Blasenschübe, daß ein Zweifel an der Diagnose nicht aufkommen konnte. Die jetzigen, vielfach gruppierten, papulösen und zum Teil mit Krusten bedeckten Herde fassen wir als Sekundärerscheinungen der offenbar hier reizenden Trypaflavin- und Salbenbehandlung auf. Papeln beim Pemphigus kenne ich ebensowenig wie Klingmüller. Sein Zweifel an der Diagnose ist unberechtigt.

Buchbinder (Klinik Ritter): 1. Genuine Phlebektasien auf angeborener Grundlage.

6jähr. Mädchen, Hautveränderung seit Geburt, im Laufe der Jahre bedeutend zugenommen. Rankenförmige Erweiterung der Venen an der linken Schulter, der Achselhöhle und linken Arm.

2. Phlebektasien der rechten Achselhöhle mit Kavernombildung.

8jähr. Mädchen, Hautveränderung seit 2 Jahren. Erweiterungen des Venenplexus in der Achselhöhle; an einer Stelle Kavernombildung.

Berg (Klinik Ritter): 1. Faustgroßes Gumma der rechten Wadenmuskulatur bei 64jähr. Mann.

2. Acne necrotica.

40jähr. Mann mit typischen Erscheinungen.

3. Acrodermatitis atrophicans.

45jähr. Frau mit typischen Veränderungen an den unteren Extremitäten und am linken Arm. Beginn vor 4 Jahren.

Karrenberg-Bonn: Fall von hypophysärer Kachexie (Morbus Simmonds mit universeller Neurodermitis).

32jähr. Frau. Beginn der Hauterkrankung 1921 mit juckendem Fleck an der rechten Wange. Während der zweiten Graviditat universelle Ausbreitung. Nach dieser Graviditat nur 2—3mal Wiederkehr der Menses. Danach vollständige Cessatio. Abnahme der Libido, Verlust der Achsel- und Schamhaare, Zunehmen der Arbeitsunlust. Nach Behandlung mit Hypophysenvorderlappenextrakt Besserung des Allgemeinzustandes, weniger der Hauterscheinungen. (Ausführliches Referat Derm. W., 1928. S. 1876.)

Hell-Kiel hat die Patientin vor 4 Jahren beobachtet. Die Krankheit bot das Bild einer universellen Erythrodermie. Damals einige Tumoren, die jetzt an der rechten Hand und am rechten Unterschenkel sichtbar sind und den Eindruck eines Granuloma pediculatum erwecken, noch nicht vorhanden. Therapeutisch kein befriedigender Erfolg.

Stühmer-Münster hält es für möglich, daß es sich um eine Erkrankung allergischer Natur handelt. Es wäre wichtig, Hautproben anzustellen. Hinweis auf die Dermographia alba, welche von Rost beschrieben wurde. Der Verdacht einer allergischen Erkrankung muß trotz negativer Hautproben bestehen bleiben, vielleicht gelingt es noch, einen Reizstoff festzustellen.

Karrenberg: Multiple Rumpfbasaliome.

Ausführliches Referat Zbl. f. Haut- u. Geschlechtskrkh., Bd. 29, S. 11.

Unna, P.: Die Prognose dieser lange Zeit gutartigen Erkrankung ist, wie Graham Little und französische Autoren anführen, keineswegs durchaus gutartig. Zu gleicher Zeit mit dem Übergang des Basalzellencharakters in den gemischtzelligen Typus findet Übergang zur Bösartigkeit statt, so in einem von P. Unna jr. 1929 in Königsberg vorgestellten Fall, der insofern bemerkenswert war, als die Rumpfbasaliome bzw. -karzinoide eine fortlaufende Reihe von gutartigen bis zu bösartigen Tumoren darstellten und außerdem noch eine Anzahl von anderen präkanzerösen Zuständen (senile Keratosen, Ulcus rodens, violette Angiome und eigentümliches, kontusiformes Oedema perstans) vorhanden waren. An dem größten Tumor befand sich ein birnengroßes Ulkus, welches gemischtzelliges Karzinom aufwies. Nach vergeblicher Strahlen- sowie kaltkaustischer Behandlung ist Patient kachektisch zugrunde gegangen.

Arning meint, daß damals, als er den Fall 1921 auf dem Hamburger Kongreß der Deutschen Derm. Ges. als multiple Karzinoide der Haut vorstellte, die Untersuchung bei drei kleinen Tumoren Basalzellenkarzinom als histologische Grundlage ergab. Eine weitere Untersuchung durch Delbanco ergab an einer Stelle eine Mischung mit Stachelzellen. Den Namen „Multiple Karzinoide der Haut" wählte Arning auf Rat Simmonds.

Digitized by Google

er das histologische Bild und die klinische Benignität dem gleich stellte, was von Tumoren s Dickdarms und besonders des Appendix bekannt sei.

Delbanco: Neben dem gutartigen Basalzellenkarzinom hat er in einer Sitzung utliche stachelzellenartige Entartung gesehen; er wundert sich, daß der Fall trotzdem benign blieb.

Keining demonstriert Photos, Moulagen und histologische Präparate von einem alle mit multiplen Basaliomen, der bereits anderenorts vorgestellt wurde. In esem Falle ließ ein Herd auf der Brust histologisch-typische intraepidermoidale Genese s Basalioms erkennen (multiple Wirbelbildungen in der Epidermis), während ein zweiter erd am Abdomen ein Basaliom darstellte, welches auf breiter Fläche kammzinkenartige pithelwucherung in die Tiefe erkennen ließ. Dieser Fall wird eingehend von Cardenal Congreso monografico de Cancer de la piel, Barcelona 1929, publiziert.

Rogg-Wilhelmshaven erwähnt zu Arnings Vorschlag, den Namen Karzinoide in e Dermatologie einzuführen, daß er 1912 über Karzinoide der Appendix publiziert hat. s histologische Bild gleicht dem der echten Karzinome, nur fehlt das destruierende achstum. Die Tumoren kommen in jedem Lebensalter vor.

Karrenberg: Schlußwort.

Delbanco: Dermatitis herpetiformis mitis.

53jähr. Mann. Seit 20 Jahren an der Klingmüller-Delbancoschen Affektion idend, die D. auch als Derm. herpetiformis bezeichnen möchte: symmetrisch figurierte, er viele Wochen bestehende urtikarielle Eruptionen, ohne eigentliche Blasenbildung, hultern, Rücken, Extremitäten bevorzugt. Die dicht aneinandergedrängten, papulösen, rch Kratzen verborkten und schuppenden Effloreszenzen lassen keine andere Diagnose s die eines persistierenden Erythems zu. Jodkaliprobe ergibt Verstärkung, Therapie ngelhaft. Patienten gewöhnlich unter allerhand Diagnosen behandelt, wie Skabies, zem. Übergang in Neurodermitis nie beobachtet.

Mulzer kennt dieses Krankheitsbild gleichfalls, äußert sich jedoch in bezug auf e Einreihung dieser Fälle in das Krankheitsbild der Duhringschen Krankheit sehr erviert. Die Beobachtung von Bläschengruppen ist für die Diagnose Duhring von schlaggebender Bedeutung. M. zieht es vor, diese Fälle als der Urticaria papulosa ronica nahestehend aufzufassen.

Rille-Leipzig erwähnt, daß ihm die von Klingmüller erörterten Fälle von erm. herpetiformis mit bloß gelegentlicher oder im Knötchenstadium steckenbleibender äscheneruption größtenteils identisch zu sein scheinen mit dem von der Wiener Schule fgestellten Krankheitsbegriff des Pemph. pruriginosus und durchaus nichts zu tun ben mit der von Hallopeau unter einem weitläufigen Namen im „Internationalen as seltener Hautkrankheiten" beschriebenen Affektion, die aber zweifellos Pemph. getans ist, bei welchem allerdings die blasigen Eruptionen meist viel kleiner dimenniert sind als bei den anderen Pemphigusformen.

Stühmer-Münster fragt, ob Erfahrungen bestehen über Bestrahlung der Rückenarksgegend nach Pautrier. Es scheint, daß in einzelnen Fällen deutlicher Einfluß rhanden ist.

Keining weist darauf hin, daß man bei Duhringscher Krankheit in scheinbar r papulösen Bildungen häufig palpatorisch schrotkornartig eingelagerte Bläschen festellen kann. Zweifellos gibt es Duhring-Fälle, bei denen selten größere Bläschen hrgenommen werden. Für die Diagnose Duhring ist die Feststellung von Bläschenuppen, mögen sie auch noch so klein sein, unerläßlich. Bei längerfristiger Beobachng wird sich die Diagnose stets durch den Nachweis von Bläschen erhärten lassen.

Hell-Kiel weist auf die typischen Lokalisationen der Duhringschen Krankheit der Mehrzahl der Fälle hin: hintere Schweißrinne, Schulterpartien, Glutäalgegend, xtremitäten, behaarter Kopf.

Unna, G. W. erinnert daran, daß auf der Kieler Tagung 1924 Schröpl aus Unnas inik Übergangsfälle demonstrierte, deren Prädilektionssitze der untere Rumpf und die ere Hälfte der Oberschenkel waren. Schröpl glaubte für diese Fälle hypothetisch nen nervösen Zusammenhang der unteren Darmabschnitte über den Sympathikus mit n nervösen Elementen der Haut feststellen zu sollen. Periodisch sehen wir nun diese älle auftauchen und behandeln sie nach der damaligen Erfahrung erfolgreich mit hohen armeinläufen.

Delbanco: Lupus erythematodes mit ausgedehnter Drüsentuberkulose.

52jähr. Lehrerin, seit 1903—1926 von drei ersten Chirurgen wiederholt an tuberlösen Lymphknoten operiert. 1926—1928 in Leysin und Montana Ausbruch der Derma-

Digitized by Google

tose: nach Annahme der zuverlässigen Patientin eine Folge der Sonnenwirkung. Über den ganzen Körper ausgebreitete große Herde des typischen Granuloma erythematodes chronicum. 1929 mehrmonatiger Aufenthalt in Klinik Mulzer, zur Zeit große Besserung unter Gerson-Diät, die Patientin für 1.50 RM. pro Tag durchführt. Der Fall beweist D. den engen Zusammenhang zwischen Lupus erythematodes und Tuberkulose.

Mulzer ist gleichfalls der Zusammenhang zwischen Sonnenbestrahlungen und Eruption des Lupus erythematodes bei der Patientin aufgefallen, zumal sich experimentell der Nachweis führen ließ. M. wendet sich gegen die ambulante Durchführung von Gerson-Kuren bei Tuberkulösen, solange sich dieses Verfahren noch im Versuchsstadium befindet. Zur Erzielung einwandfreier Resultate muß peinlichste Exaktheit in der Durchführung der Diätvorschriften gewährleistet sein. Die ambulante Durchführung von Gerson-Kuren kann bei der Unzuverlässigkeit der Patienten leicht dazu führen, das Verfahren im ganzen ungerechterweise in Mißkredit zu bringen.

Brinitzer tritt für die ambulante Behandlung der Lupusfälle mit Gerson-Diät ein und hält deren konsequente Durchführung bei intelligenten Patienten für durchaus möglich.

Haack (Klinik Delbanco): 1. Lichen planus mit Beteiligung der Mundschleimhaut.

2. Lichen planus auf Zunge und Wangenschleimhaut beschränkt.

40jähr. Frau, Schleimhautprozeß seit 14 Tagen.

3. Kiemengangsfistel.

17jähr. Pat. mit angeborener Fistel an der rechten Halsseite. Der Gang ist 9 cm tief sondierbar, dauernd schleimige Absonderung, so daß Pat. auf Operation drängt.

Arning macht aufmerksam, daß die Diagnose der kleinen fistelnden Öffnungen, die am Halse oder im Jugulum als tiefgehende bis an den Schlund heranreichende Gebilde leicht gestellt werden kann, dadurch, daß man eine Schluckbewegung machen läßt und auf eine bei dieser erfolgenden Einziehung der kleinen Fistelöffnung achtet. Dann wird der Zusammenhang mit dem Schlundring durch bindegewebige Züge gezeigt.

Haack: Zu erwähnen ist, daß die gezeigte laterale Kiemengangsfistel nach heutiger Ansicht Rest des Ductus thymopharyngeus ist, der entwicklungsgeschichtlich aus der dritten Schlundtasche hervorgeht. Bei Sondierung des Fistelganges tritt Hustenreiz und Würgen im Halse auf.

Unna, G. W.: Erythrodermie congénitale ichthyosiforme.

7jähr. Mädchen. Eltern und Antezedenz gesund. Ein Bruder kam gesund zur Welt, starb nach mehreren Wochen, von ähnlicher Krankheit befallen. Charakteristisch ist die der leicht geschwollenen Haut, die gelbliche polygonale großlamellose, sehr inhärente Schuppung. Die Beugen sind im Gegensatz zur Ichthyosis befallenen, die Kopfhaut mit seborrhoischen Krusten bedeckt. Haare der Unterarme und Fußnägel zeigen erhöhte Wachstumstendenz. Die Krankheit dauert in derselben Intensität ohne Intermittenz (Windpocken) an: einmal ein Schub kleiner entzündlicher Bläschen. Handflächen und Fußsohlen frei. Keine Anidrosis, eher Hyperidrosis.

Riecke-Göttingen: Zum Bilde der Erythrodermie congénitale ichthyosiforme gehören ausgesprochene entzündliche Erscheinungen, die hier vorliegen, Hyperepidermatrophie, auffallend starke Lanugoentwicklung sprechen ebenfalls für Brocqsche Erkrankung. Gleichförmiges braunrotes Kolorit bei Ichthyosis congenita kommt vor und darf nicht dazu führen, solche Fälle als Brocqsche Krankheit anzusprechen.

Arning macht aufmerksam, daß bei dem Fall familiäre Disposition nachweisbar ist. Ein älterer inzwischen gestorbener Bruder litt an der gleichen Krankheit. Weiterhin scheint A. in diesem Falle ein der Epidermolysis-congenitalis-hereditaria-ähnlicher Zustand vorzuliegen, insofern, als die großen Hautfetzen mit Entblößung einer feuchten Reteschicht sich lösen, und zwar, wie die Mutter sagt, auf Druck, Stoß usw. Ich setze hinzu: auf Reiben, wie man bei dem Falle leicht nachweisen kann (positives Nikolskysches Phänomen). Außerdem hat das Kind auch, wie der verstorbene ältere Bruder ganz verkümmerte Zähne; von den Milchzähnen sind nur noch Trümmer vorhanden. Gute Zähne hat das Kind nie gehabt. Man muß jedenfalls nach der Richtung Epidermolysis congenitalis weiter beobachten.

Rille-Leipzig: In dem vorgestellten Falle fällt auf, daß hier die Haut in toto, besonders aber an den weniger befallenen oder nahezu normalen Stellen ganz normale Färbung zeigt, ferner, daß die Hypertrichosis weder am Kapillitium noch an den Streckseiten von der sonst bekannten Intensität ist. Am merkwürdigsten sind die vielfachen fetzigen Epidermisabstoßungen, die für das Krankheitsbild der ichthyosiformen

Digitized by Google

Erythrodermie ein Novum darstellen. Sie sind aber keineswegs identisch mit den bei er letzteren gelegentlich vorkommenden Blaseneruptionen.

Unna, G. W. erinnert daran, daß P. G. **Unna** die negativistische Auffassung von er Nutzlosigkeit jedes Therapieversuches bei den kongenitalen Erkrankungen heftig bekämpfte und einen langjährigen Erfolg bei Keratoma palmare zu verzeichnen hatte.

Unna, P.: Pityriasis rubra pilaris.

Bemerkenswert, weil die jetzt vorhandene Follikelkeratose (Saillies cornées), die manchen als das typische Symptom der Erkrankung erscheint und sowohl in den französischen Lehrbüchern als auch in den Moulagen immer wieder abgebildet wird, bei seinem Fall erst auftrat, nachdem das eigentliche, dunkelrote Exanthem abgeheilt und verschwunden war. Zum Vergleich werden eine Pariser Moulage von **Baretta**, ferner eine Moulage des Patienten, 2 Monate nach seiner Entlassung, und eine Moulage der ersten Erscheinungen eines früheren Falles gezeigt. Der Verlauf entsprach im allgemeinen dem der Pityriasis rubra pilaris. Charakteristisch ist nach **Devergie** die Pityriasis capitis et faciei, der Beginn am Kopf und die Entwicklung von oben nach unten und die universelle Erythrodermie. Alle drei Symptome waren bei dem 49jähr. Patienten vorhanden. Bemerkenswert war der Beginn der Erkrankung im Sommer, ein Faktum, welches auch in den französischen Krankengeschichten vorkommt, bei einem Fall, den U. mit **Delbanco** 1921 im „Arch. f. Derm." beschrieben hat. Das Exanthem bildete sich im Anschluß an einen starken Sonnenbrand. Es erinnerte stark an Lichen acuminatus. Befallen waren vor allen Dingen die Streckseiten der Ober- und Unterarme, beide Ulnarstreifen, Ellbogen, Knie, Kniekehle, Glutäalgegend und Innenflächen der Oberschenkel, Nacken, d. h. im allgemeinen die Streckseiten, sowie die Stellen stärksten Druckes und langsamster Zirkulation. Bei dieser Erkrankung heilen die zuerst befallenen Hautstellen zuerst ab. Da sich zeigte, daß die Follikelkeratose als Folgeerscheinung des Exanthems nach Abheilung desselben auftrat, liegt die Vermutung nahe, daß es sich bei diesem keineswegs konstanten Symptom um eine postexanthematische Keratose handelt, ähnlich, wie man sie z. B. bei Salvarsanexanthem und besonders bei Arsenikintoxikation sieht.

Brinitzer: Alopecia atrophicans s. Pseudopelade. 36jähr. Frau.

Lilienstein: 1. Ulzeröses Syphilid der Oberlippe.

45jähr. Frau, markstückgroßer Krankheitsherd. Negative Anamnese. WR ++++.

2. Veronalexanthem.

Nach 0,5 per os Dermatitis im Bereich des Nervus pudendus. Rötung, Schwellung und Blasenbildung an Penis und Regio analis. Typische Lokalisation für Veronalidiosynkrasie.

3. Nageltrichophytie bei 10jähr. Jungen.

Nur die Kleinfingernägel befallen. Pilze kulturell +.

4. Mycosis fungoides.

Ekzemartige Plaques, braunrote Infiltrationen und Tumoren, Kopf und Körper bedeckend. 8%ige Eosinophilie. Unter Arsen und Röntgenbestrahlung schnelle Rückbildung.

Mulzer berichtet über einige in seiner Klinik beobachtete Fälle.

Tietzen: Boecksches Sarkoid?

Besteht seit $1^1/_2$ Jahren. Frische Herde seit $^1/_2$ Jahre im Nacken. Tuberkulose- und Luesanamnese negativ. Erster Herd von Handtellergröße am rechten Handrücken. Progredienter Rand, Kreisform. Frische Herde am linken Handrücken. Die letzten Herde im Nacken girlandenförmig. WR —. Ponndorf ++. Innere Organe o. B. Mikroskopisch: Zerstörung der obersten bindegewebigen Anteile der Kutis mit restierenden perivaskulären Infiltraten. Am stärksten betroffen der elastische Apparat der Haut. In umschriebener Stelle knotenförmiges Infiltrat mit wenig Epitheloid-, aber zahlreichen Lang- und Riesenzellen. Tuberkelbazillen nicht zu finden.

Delbanco: Differential-diagnostisch kommt nur das Granuloma annulare in Frage. Das Sarkoidbild ist histologisch einfacher als das des Granuloma annulare.

Mulzer: 1. Alopecia mycotica cicatrisans.

23jähr. Chinese, bei dem seit 2 Jahren kahle Stellen am Hinterkopf auftraten. Später in der Umgebung litten ebenfalls daran. Keine Eiterung, stärkere Entzündung der gelbe Schuppen. Anfangs nur weiße Schuppenbildung. Ausgedehnte, zackig-berenzte, kranzförmig angeordnete narbige Alopezie der Kopfhaut. Scheitelgegend frei. Geringfügige Schuppung, besonders follikulär um die erhaltenen Haare herum. Vereinzelte Follikulitiden starke Pigmentierung, keine Andeutung von Skutulumbildung.

Digitized by Google

Mikroskopisch lange septierte Myzelfäden in den Schuppen. Nachtrag: Mikroskopisch und kulturell wurde Achorion nachgewiesen. Unter Okklusivverbänden bilden sich kleinste Skutula.

2. Kongenital-luetische Meningomyelitis? Syringomyelie?

29jähr. Pat. mit Lues congenita. Klassische Hutchinsonsche Zähne. Mit 3 Jahren Schädeltrauma. 1924 Verbrennung, Sehnenscheidenentzündung, seitdem kein Gefühl mehr in der rechten Hand. Es bestand Verdacht auf Syringomyelie. 1928 Panaritium am rechten Zeigefinger, Exartikulation des Endgliedes. Im gleichen Jahr trophische Ulzera der rechten Hand, diese stärker als die linke, leicht livid verfärbt, mit Narben bedeckt. Auf Handrücken und Interdigitalseiten scharfrandige flache Ulzera. Analgesie des rechten Armes und der rechten Hand. Hypästhesie der rechten Schädelhälfte und der oberen Schulterpartien. Patellarreflexe bis zum Klonus gesteigert. Achillessehnenreflex rechts negativ, links lebhaft. Nystagmus rotatorius. Anisokorie. Ohrenklinik: Beginnende Rekurrensparese rechts. Keine Labyrinthschädigung. Zentrale Schädigung wahrscheinlich auf luetischer Basis. WR ++++. Liquor o. B.

3. Sclerodermie en plaques bzw. en bandes mit ausgesprochener Bevorzugung von Druck- bzw. intertriginösen Stellen und starkem Juckreiz.

46jähr. Patientin, Klimakterium seit 1 Jahr. Hautveränderung seit 2 Jahren. Typische Herde mit Lilac-Ring an verschiedenen Körperstellen. Ältere Herde atrophisch, jüngere derb infiltriert, ganz frische nur livid gerötet.

Ritter: Pat. wurde mir vor Jahresfrist unter der Diagnose Kraurosis vulvae zugeschickt. R. stellte schon damals bei ausschließlicher Lokalisation der Affektion an der Vulva die Diagnose Sklerodermie. Die beste Behandlung ist Massage und energische Schwitzprozedur.

Blut-Delmenhorst erinnert an die Behandlung der Sklerodermie nach Linser mit hypertonischer Kochsalzlösung.

Habermann (Univ.-Hautklinik): Mycosis fungoides mit starker Pigmentierung fast der ganzen Haut (As-Wirkung? Röntgenpigmentierung? Nebennierenschädigung?).

62jähr. Frau, Hautveränderungen seit 5 Jahren. Knoten seit $^1/_2$ Jahr. Typisches Krankheitsbild. In letzter Zeit flächenhafte Melanose von außerordentlicher Intensität. Blutdruck 130 RR., Abderhalden: Nebenniere etwas stärker abgebaut.

Habermann u. Kutsch: Acrodermatitis atrophicans einseitig handschuhförmig angeordnet. Vitiligo, Suttonsche Dermatose.

57jähr. Mann. Vor 3 Jahren Schwellung der rechten Hand, allmählich Rückbildung. Vor 2 Jahren links stärkere Schwellung der Hand mit Spannungsgefühl. Seit $^1/_2$ Jahr weicher. Vergrößerung in toto der linken Hand, Nägel breiter, Finger dicker. Haut diffus, zyanotisch, atrophisch, abnorm dünn, fältelbar. Subkutanes Fett, besonders volar, stark vermehrt. Auch linker Fuß ein wenig größer. Röntgenologisch Knochenverdickung der linken Hand. Organisch-neurologisch kein sicherer Anhalt für hypophysäre oder Plexusschädigung. Allgemeine Schwäche der Sehnenreflexe, speziell des rechten Achillesreflexes.

Frieboes-Rostock: Auch wir haben in Rostock einen Fall beobachtet, bei dem die Hand gegenüber der Norm sehr erheblich vergrößert war, bei gleichzeitiger Hautatrophie ausgesprochenster Art. Röntgenologisch anscheinend akromegale Größenzunahme. Sella turcica groß, aber wohl noch normal.

Keining (Univ.-Hautklinik): Brocqsche Krankheit.

62jähr. Mann, Hauterscheinungen seit $1^1/_2$ Jahr. Seit 1 Jahr in Behandlung. Der Fall ist ungewöhnlich wegen Befallensein des Gesichts, Halses und Nackens. Pityriasis simplex faciei kann man um so mehr mit Sicherheit ausschließen, als der Prozeß im Gegensatz zu ähnlichen Fällen in der Literatur jeglicher Behandlung trotzte. Auch die Erythrodermie an den Händen, welche sich diffus über beide Hand- und Fingerrücken erstreckt und über den Handgelenken ziemlich scharf abschneidet, läßt sich im Rahmen des Gesamtbildes wohl nur als ungewöhnliche Lokalisation der Brocqschen Dermatose deuten. Diese Veränderung entstand im letzten halben Jahr und zeichnet sich durch ein gelbrotes Farbton und höchstens angedeutete pityriasiforme Abschilferung aus.

Riecke-Göttingen: Die Erythrodermia maculosa perstans liegt hier in typischer Form vor. Atypisch die Lokalisation an Hals, Gesicht und Händen; auch bei den anderen Formen von Parapsoriasis kommt atypische Lokalisation vor, sie beweist nichts gegen die Diagnose.

Mulzer hebt die Hartnäckigkeit der Hautveränderungen gegen therapeutische Maßnahmen als wertvolles differential-diagnostisches Moment hervor, betont aber, daß

Digitized by Google

auch bei der Brocqschen Krankheit einzelne Herde rückbildungsfähig sind, ja gelegentlich ein vorübergehendes Abblassen fast des ganzen Exanthems beobachtet wird.

Unna hält in diesem Falle eine Kombination mit seborrhoischem Ekzem für wahrscheinlich und schlägt daher Biopsie vor.

Arning macht aufmerksam, daß Beteiligung des Gesichts und der Hände zum mindesten ungewöhnlich für Brocqsche Krankheit ist und fragt, ob progredient-peripherische bis zur Konfluenz führende Vergrößerung der Flecke stattgefunden hat, wohingegen die Flecke der Brocqschen Krankheit nicht zu konfluieren pflegen. Die scharfe Begrenzung der Affektion am Halse, an den Kleidergrenzen und die Beteiligung der Hände mit einem konfluierenden Erythem scheint für einen Lichteinfluß zu sprechen.

Rille-Leipzig steht auf dem Standpunkt, daß unter dem Namen Erythrodermie pityriasique en plaques disséminées wahrscheinlich zwei verschiedene Formen zusammengefaßt werden, eine persistierende inkurable mit rötlichen, leicht gerunzelten, feinkleiig abschilfernden, makulösen, langsam, aber stetig sich vergrößernden Plaques und eine weite, ähnlich sich darstellende, aber gelegentlich zu weitgehender Abheilung gelangende Form; die erstere scheint ihm eine zirkumskripte oder makulöse Variante der progressiven Hautatrophie darzustellen.

Juliusberg-Braunschweig hat bei sicherer Brocqscher Krankheit Atrophien nicht gesehen, wohl aber den Zustand, den man Pseudoatrophie nennt. Der Fall ist wohl ein solcher von Brocqscher Krankheit, soweit man nach einmaliger Besichtigung sagen kann. Die rote Verfärbung der Hände hat wohl nichts mit der Brocqschen Krankheiten zu tun.

Keining hebt hervor, daß bei dem Fall zwar schon bei der ersten Untersuchung eine Brocqsche Krankheit angenommen, daß aber die Diagnose erst durch die langjährige Beobachtung sichergestellt wurde. Während dieser Zeit sind die Veränderungen im Gesicht und an den Händen hinzugekommen und trotzen jeder Therapie. Welche andere Diagnose kommt für den Prozeß an den Händen in Frage? Akrodermatitis, Perniosis, seborrhoisches Ekzem usw. können mit Sicherheit ausgeschlossen werden. An Belichtungseinflüsse ist gedacht worden, es ließ sich jedoch kein sicherer Zusammenhang eruieren. Atrophie als Endzustand hat K. niemals bei Brocqscher Krankheit gesehen, obgleich theoretisch kein Grund einzusehen ist, weshalb sie gelegentlich auch hier nicht einmal vorkommen sollte. So oft die Flecke der Brocqschen Krankheit sich zurückbilden, läßt die Haut keinerlei bleibende Residuen erkennen. Die eigentümliche Fältelbarkeit der Haut bei Brocqscher Krankheit muß man mit Juliusberg am besten als Pseudoatrophie auffassen.

Keining: Adalinexanthem.

75jähr. Mann, der seit 1 Jahr abends eine Tablette 0,5 Adalin nimmt. Beginn des Exanthems seit 4 Monaten. Die Hautveränderung gewinnt dadurch ein besonderes Interesse, daß sie einerseits wegen der fleckförmigen Erythrodermie außerordentlich an Brocqsche Krankheit erinnert, andererseits wegen der vorhandenen herdförmig auftretenden, punktförmigen Blutungen an Purpura Majocchi. Auf die Differentialdiagnose Brocqsche Krankheit und Purpura Majocchi hat schon Arndt hingewiesen und das Phänomen der Purpura factitia beim Brocq beschrieben.

Brinitzer hält den Fall für Purpura senilis.

Habermann erwähnt Fälle von Adalinexanthem, die zum Teil stark an Purpura Majocchi bzw. Schambergsche Krankheit erinnern, weil zahlreiche Hämorrhagien und nachfolgende Pigmentierungen vorhanden sind.

Lilienstein weist auf den Unterschied zwischen dem demonstrierten Adalinexanthem und den von ihm beobachteten Veronalexanthemen hin.

Keining: Der Grund für die Demonstration des Falles bestand in der großen Ähnlichkeit mit der Brocqschen Krankheit. Es wird keineswegs behauptet, daß nur Adalin diese Exanthemart erzeuge, sondern nur, daß toxische Exantheme der Brocqschen Dermatose gegenüber differential-diagnostisch in Betracht zu ziehen sind. K. hat früher bereits 2 völlig analoge Fälle nach langfristigem Adalingebrauch gesehen, die sich im Exanthemcharakter völlig mit dem demonstrierten Fall deckten. Auch die Purpura glaubt die gleichen Charakteristika und klang nach Aussetzen des Adalins prompt ab. Die Annahme einer Purpura senilis ist nicht gerechtfertigt, weil auch bei dem demonstrierten Patienten sofort nach Aussetzen des Adalins bereits eine weitgehende Besserung eingetreten ist. Richtig ist, daß die Purpura in erste Linie an allen Druckstellen auftritt, was entspricht aber gerade dem Wesen der Purpura factitia.

Digitized by Google

Keining: Myxoedema circumscriptum symmetricum Basedowianum.

48jähr. Pat. Die Moulagen und Abbildungen wurden auf dem Dermatologischen Kongreß in Königsberg gezeigt. Inzwischen wurde Pat. strumektomiert. Seitdem Zunahme um 15 Pfund und Rückbildung der nervösen Erscheinungen. Auch das Myxödem an den Beinen wesentlich zurückgegangen. Ein Versuch, die Hautveränderungen an den Extremitäten mit Thyreoidin zu beeinflussen, schlug fehl.

Hahn, C. F. (Hautklinik): 1. Melanosis Riehl.

74jähr. Patientin, seit der Inflation Bräunung der Haut. Beginn ohne Entzündung oder Juckreiz. Im Krieg Entbehrungen. Jetzt Teleangiektasien, Pigmentflecke, Glanz und Fältelung an Hals und Kapillitium, den oberen Thoraxpartien und Abdomen. Streifenförmige Aussparung der Striae, weißfleckige Einstreuung anscheinend normaler Haut in den befallenen Bezirken. Intertriginöse Stellen diffus-graubraun, leicht schilfernd. Pyloriska. Blutdruck 120/105 RR. Blutbild o. B. WR —.

2. Halbseitiges Gesichtsekzem bei Trigeminusneuralgie. Artefakt?

56jähr. Patient, bei dem sich nach verheiltem Oberkieferbruch neuralgische Beschwerden einstellten. Angeblich entstehen bei Nachlassen der Schmerzen ekzematöse Veränderungen an der rechten Kopfseite mit Juckreiz. Über der rechten Schädelseite, Schläfe, Auge und Wange zieht sich bandförmig ein mäßig scharf begrenztes, teils nässendes, teils schuppendes Ekzem, das nicht dem Trigeminus entspricht, auch ein hyperästhetischer Bezirk an der rechten Schädelseite nicht im Zusammenhang mit der Trigeminusausbreitung.

Brann: Einseitigkeit und scharfe Abgrenzung des Ekzems, sowie die Nichtübereinstimmung mit dem Gebiete des Trigeminus scheint für psychogene Ursache zu sprechen. Bis Hinweis auf die Arbeiten von Kreibich, Sack und Bettmann. Psychotherapie als Unterstützung der örtlichen Behandlung scheint angezeigt.

Hahn, C. F. und Taitza: Herxheimersche Atrophie mit zum Teil netziger Anordnung.

48jähr. Patient, Beginn vor 4 Jahren. Füße und Unterschenkel zirkulär mit teilweise sklerodermieartigem Aussehen befallen. Ferner Herde an Handrücken, Streckseite des linken Unterarmes mit fibrösen Einlagerungen, teilweise auch Nates und Oberschenkel.

Hopf, G. (Hautklinik): Röntgenatrophie der Kopfhaut.

6jähr. Knabe. Vor 3 Jahren wegen Pilzerkrankung oder Ekzem zwei Röntgenbestrahlungen im Abstand von 4 Wochen. Danach Reaktion III. Grades, als Erysipel diagnostiziert und auf dieses der jetzige Zustand zurückgeführt. Ausgedehnte Atrophie der Kopfhaut, am Scheitel Kopfschwarte verdünnt, fest mit dem Kranium verlötet, mehrere festhaftende Krusten, unter ihnen Ulzera. Haare bis auf schmalen seitlichen Streifen geschwunden. Nachtrag: Habermann konnte feststellen, daß die Bestrahlungen mit Zinkfilterung ($^1/_2$ mm Zn., $^1/_3$ HED., das erstemal einstellig, das zweitemal siebenstellig) vorgenommen worden sind. Auf diesen Mißgriff in der Strahlenhärte und der Dosierung (siebenstellige Überkreuzung!) in Verbindung mit dem jugendlichen Alter des Kindes wird die Schädigung erklärt.

Frieboes-Rostock: Wenn hier nach Röntgenbestrahlung ein schweres Erysipel sich eingestellt hat, so könnte die Spätatrophie mit Haarlosigkeit wohl auf diese sekundäre Schädigung zurückzuführen sein, würde also keine eigentliche Röntgenschädigung im Sinne sein. Er schildert einen Fall schwerster „Röntgenschädigung" nach sicher dosierter Dritteldosis mit 3 mm Al.-Filter nach Bestrahlung von geschwollenen Halsdrüsen, die fälschlich als Tuberkulose angesehen waren. Es handelte sich aber um Leukämie. 3—4 Tage nach Bestrahlung schwerste Ulzerationen innerhalb des Bestrahlungsfeldes, über den ganzen Körper Ausbruch eines pemphigoiden Leukämids. Exitus nach einigen Tagen.

Stühmer-Münster berichtet über eine Schädigung der Kopfhaut bei nicht ausgeführter Bestrahlung, welche dadurch zustande kam, daß versehentlich mit einer Zignolinsalbe nach der Bestrahlung ein Reizzustand der Kopfhaut geschaffen wurde.

Hopf: 1. Kalkeinlagerungen nach Perniosis.

81jähr. Patient, bei dem nach Kälteschädigungen in der Schulzeit allmählich zunehmende Einlagerungen in die linke Ohrmuschel auftraten. Gelegentlich Entleerung körniger Massen. Gelblich durchschimmerndes hartes, tumorartiges Konglomerat am Rande des Ohrläppchens.

2. Urticaria pigmentosa (adultorum).

22jähr. Patient, die ersten Hauterscheinungen in früher Kindheit. Von Urticar-

Digitized by Google

igmentosa im engeren Sinne unterschieden im Sinne einer Urticaria cum pigmentatione urch ausgesprochene Urticaria factitia und infiltratförmiger Anordnung einer viel geingeren Menge von Mastzellen. Pigmentflecke entstanden auch nach anderen Schädiungen, so im Gesicht nach Follikulitiden.

Frieboes-Rostock: Vereinzelte Mastzellen im histologischen Präparat können sehr ohl als Reste einer Urticaria pigmentosa gedeutet werden, wenn sonst das klinische ild stimmt. Nach jahrelangem Bestehen gehen mit den klinischen Erscheinungen eist die Mastzelleninfiltrate zurück, so daß je nach Exzision der Befund sehr wechlnd ist.

Habermann: 1. Stigmata der Haut nach tuberkulösen Exanthemen.

Abgesehen von den nach Form und Lokalisation charakteristischen Narben, papulokrotischer Tuberkulide, bewirkt die Tuberkulose noch andere, zum Teil eindeutige auersymptome, zu denen die Livedo und eine bestimmte Form der Anetodermie geren. Die Livedo wird außer durch Syphilis (L. racemosa) wohl ebenso häufig durch uberkulose hervorgerufen (L. lenticularis Adamson, Fischl u. a.). Im ersteren Falle nden endarteriitische Prozesse im subkutanen Plexus nachgewiesen, im zweiten Falle ndo- und Periphlebitiden und Thrombosen. Oft fehlen histologische Veränderungen nz. Diesen Veränderungen nahe stehen die essentiellen Teleangiektasien (Brocq, iescher), wie Hoffmann betont.

2. Papulo-nekrotisches Tuberkulid, zum Teil erythema-induratum-artig, vedo.

19jähr. Mädchen, typische Infiltrate der Unterschenkel, zum Teil ulzeriert, ausdehnte unregelmäßig zackige, netzige, matt-livide Verfärbungen zwischen den Infiltraten d unabhängig von diesen bis oberhalb der Knie hinaus, akneiforme Knötchen an Rücken d Nates. WR —. Pirquet ++.

3. Akneiformes Tuberkulid des Gesichts, Nackens, Kapillitiums, ausgedehnte undäre Anetodermie nach Lichen scrofulosorum.

30jähr. Mann, seit 15 Jahren häufig Knötchen und Schuppung am Rumpf, später ngeschwüre. Halsdrüsenschwellung. Vor $^1/_2$ Jahre Rippenfellentzündung. Ausgedehnte iltration und klingende Rasselgeräusche über der rechten Lunge. Pirquet ++++. Rumpf und Lendengegend zahlreiche flach-rundliche atrophische Flecke, vielfach mit traler punktförmiger Einziehung. Noch zahlreichere hirsekorngroße, leichte Vorbungen, den Follikeln entsprechend, so daß körniges Aussehen entsteht, besonders an lichen Brustpartien. Haut an diesen Stellen verdünnt, sehr weich, bei seitlichem gefältelt. Vereinzelt frische Knötchenbildung. An Gesicht, Hals und Kopf akneine Knötchen, teils mit zentraler Pustulation, teils im Rückgang. An Nates und enkeln tief-livide Marmorierung in Form bis zentimeterbreiter Bänder, bei Lupen eangiektasien erkennen lassend. Histologisch in oberen und mittleren Kutisschichten eneration des Kollagens und zum Teil Elastinschwund, mäßige perivaskuläre Zellenäufung, dagegen auch bei Exzision bis zur Faszie herunter nirgends stärkere Zellammlungen. Kapillaroskopisch Vermehrung und Erweiterung des kutanen Gefäßnetzes, durch die atrophisch verdünnte Oberschicht durchschimmert (Memmesheimer), rend bei Livedo calorica Vermehrung, Erweiterung und unregelmäßige Konfiguration Kapillarschlingen (Mayer-List) überwiegen. Offenbar handelt es sich bei Livedo, al in älteren Fällen, vorwiegend um stabile Folgezustände, abgelaufene entzündliche gänge, besonders Stauungserscheinungen der Gefäße. Die ausgedehnte, feinkörnige todermie vom Aussehen einer Cutis anserina, analog einer Beobachtung Adamson, ein charakteristisches Bild, das bei dem zweiten vorgestellten Falle sehr ausgesprochen wickelt war. Es verdankt offenbar vorhergegangenen Schüben eines oft rezidivierten nen scrofulosorum seine Entstehung.

4. Zur persönlichen Prophylaxe der Geschlechtskrankheiten.

Trotz großer Zahl im Handel erhältlicher Schutzmittel läßt ihre Brauchbarkeit st zu wünschen übrig. Der Preis ist oftmals für weitere Kreise unerschwinglich. ale die wirksamsten Mittel (quecksilberhaltige Präparate) werden in Metalltuben durch algambildung unwirksam. H. hat daher auf frühere Vorschläge (Prussak, Schwarz) uckgegriffen und Gaze, die mit wasserlöslichen Desinfizientien imprägniert ist (Sublimat), n Anfeuchtung vor Gebrauch erprobt. Beigegeben wurden imprägnierte Wattestäbchen Auspinselung des Orificium urethrae. Will man auf quecksilberhaltige Präparate zichten, die bei längerem Gebrauch eine chronische schleichende Intoxikation, insondere nach den neueren Untersuchungen von Stock, Fleischmann u. a. möglich

Digitized by Google

erscheinen lassen, so empfehlen sich in erster Linie die Kresolderivate, Sagrotan, K... tolan sowie die Chlorthymolseife Baktol. Durch Einführung des Chlors wird die D... infektionswirkung des Thymols wesentlich erhöht. Diese Mittel sind in Form von ... sungen und Cremen (Baktolcreme) sehr wirksam und besonders für die Frauenprophyl... zu empfehlen, wo Hg-haltige Substanzen infolge der Resorptionsgefahr von der Vag... schleimhaut überhaupt nicht in Betracht kommen. E. Keining-Hamburg.

Referatenteil

Fachzeitschriften

Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie

1929, Bd. 10, Nr. 6

Sabouraud, R.: Généralités conçernant les dermatophytes. 6. Mémoire. la classification naturelle des dermatophytes (Allgemeines über Dermatophy... 6. Mitteilung: Über die natürliche Klassifikation der Dermatophyten). S. 569.

Alle Hautpilze gehören in die gleiche oder in miteinander verwandte Gruppen; einzelnen Gruppen sind physiologisch, klinisch oder mikroskopisch voneinander zu un... scheiden. Bei drei Gruppen deckt sich die Mykologie exakt mit der Klinik und mikroskopischen Untersuchung; es sind die Gruppen der „Endothrix", „Mikroïdes" „Mikrosporum". Die „Spindel" der Mikroïde würde besser „quenouille" als „fus... benannt. Beim Mikrosporum ähnelt die „Spindel" mehr einer „Navette". Nach ... bourauds Ansicht ist es falsch, Mikrosporum und Mikroïdes zu der gleichen Pilzgr... zu rechnen. Außer den drei genannten Gruppen sind noch zwei Gruppen von H... pilzen zu nennen: Achorions und Mégaspores. Hier ist der mykologische Chara... nicht so leicht zu bestimmen, weil viele Arten eine glatte Kultur haben. Durch ... Klinik und mikroskopische Untersuchung ist die Unterscheidung aber möglich. B... Favus sind in 99 von 100 Fällen die Kulturen glatt. Die Auffindung eines tieris... Achorion ist selten. Zuletzt sind die „Epidermophytons" zu erwähnen. Das Epider... phyton inguinale ist von den übrigen Epidermophytonpilzen zu trennen, weil letz... Aleurien und winzige Spindeln aufweisen. Diese Tatsache genügt, um eine nahe V... wandtschaft mit den übrigen Hautpilzen festzustellen, ohne daß man ihnen aber bis... einen direkten Platz unter den Hautpilzen einräumen kann. Es ist verfrüht, eine ... gemeine Klassifikation der Dermatophyten zu geben. Bis jetzt ist es nur möglich, ei... Entwurf zu machen.

Margarot, J., u. P. Devèze-Montpellier: La Lumière de Wood en Dermatol... (Das Woodsche Licht in der Dermatologie). S. 581.

Nach Schilderung der Technik und einer analytischen Studie folgt eine ge... Beschreibung, wie die einzelnen Hauteffloreszenzen (Erythem, Papel, Tuberkel, Ve... Pustel, Kruste), Dyschromien, Keratosen, Hyperkeratosen, Parakeratosen, Pilzfle... sich im Woodschen Licht verhalten. Eine besondere Erwähnung erhält die bei kar... Zähnen, bei der Alveolarpyorrhoe und Ulzerationen verschiedener Natur beobacht... rote Fluoreszenz. Die Haut besitzt eine natürliche Fluoreszenz, die durch Hornelem... parakeratotische Schuppung und Fette bedingt ist. Durch chemische Veränderun... der Haut, Bakterien usw. verändert sich diese Fluoreszenz. Zur Zeit hat die Fl... skopie der Haut weniger praktisches als rein wissenschaftliches Interesse.

Glaubersohn, S. A., u. R. A. Villfand: Contribution à la question du zo... (Beitrag zur Zosterfrage). (Kinderasyl Kiew.) S. 609.

Bei Kindern, die von Zoster befallen sind, gelingt die Überimpfung mit d... Blaseninhalt. Es entstehen wieder einzelne oder gruppierte Blasen. Varizellen wur... nach der Überimpfung niemals beobachtet. Kinder, die mit den Zosterkindern sich im g... chen Raum aufhielten, bei denen aber keine Überimpfung stattfand, blieben ges... Überimpfung mit Liquor cerebrospinalis von Zosterkindern war erfolglos. Verff. glau... daß der Zoster in die Gruppe der ansteckenden Krankheiten zu rechnen ist, und daß ... Eingangspforte der Infektion die Haut ist.

Digitized by Google

Rivalier, E.: Récherches expérimentales sur l'allergie et l'immunité tricho-
ytiques (Experimentelle Untersuchungen über Trichophytie-Allergie und Immunität).
abor. Dr. Sabouraud.) S. 618.

Inokulations-, Reinokulationsversuche mit Trichophyton granulosum bei Meerschwein-
en. Bei 150 Reinokulationen an 20 Meerschweinchen wurde das Bruno Blochsche
änomen konstant beobachtet. Bericht über verschiedene Manifestationen der Tricho-
ytie-Allergie und begleitenden humoralen Reaktionen. Beim Meerschweinchen kann
der durch Inokulation mit einem toten Antigen noch durch tiefe Inokulation mit
endem Virus ein allergischer Zustand herbeigeführt werden, der eine Infestation der
nt bewirkt. Praktisch ist das nicht reinokulable Tier immunisiert. Neben der wahren
munität besteht noch ein anderer Schutz des Organismus; er beruht auf der Allergie.
n sehr virulenter Hautpilz, der einen lebhaften Entzündungsprozeß macht, ruft einen
rkeren allergischen Zustand hervor als ein weniger virulenter Dermatophyt.

Toma, Anton: Sur l'infection des cheveux „in vitro" par les champignons
s teignes (Über Infektion der Haare „in vitro" durch Dermatophyten). (Labor. Dr.
bouraud, Hospital St. Louis.) S. 641.

Es gelang, mit Mikrosporum- und Trichophytonpilzen an Haaren von Meerschwein-
en in vitro die Infektion des Haares in der gleichen Art hervorzurufen, wie es der
rapiläre Parasitismus zeigt. Die reine Myzelform wurde beobachtet. Mit Achorion
pseum gelang der Versuch noch besser. Fünf Tage nach der Infektion waren schon
rapiläre lange Myzelfäden zu sehen. Zu diesen Versuchen wurde folgendes Milieu
nutzt: Zucker 0,25 cg, Pepton 2,50 cg, physiol. Serum 2,50 cg.

A. Holländer-Bielefeld.

Bücherbesprechungen

Handbuch der Haut- und Geschlechtskrankheiten, Bd. 8: Arzt, L., H. Fuhs,
Herxheimer, H. Martin, S. Schoenhof: Leukosen, Leukoblastome, Mycosis fun-
ides, Lymphogranulomatose. Mit 112 z. T. farb. Abb. Verlag von Julius Springer,
rlin 1929. Preis RM. 72.—, geb. 78.80.

Der erste Teil des 8. Handbuchbandes bringt uns die groß angelegten Monographien
er die Hauterkrankungen bei Leukosen und Leukoblastomen sowie verwandten Zu-
oden (L. Arzt und H. Fuhs), über Mycosis fungoides (K. Herxheimer und
Martin) und die Lymphogranulomatose der Haut (S. Schoenhof). Das hier nieder-
egte Beobachtungs- und Forschungsmaterial reicht weit über die Grenzen unseres
nderfachs ins Bereich der inneren Medizin hinein und berührt hochwichtige teils
ch der Lösung harrende teils durch neuzeitliche Untersuchungen der Klärung näher-
rachte pathogenetische Probleme, die der dermatologischen Betrachtungsweise zur
chtschnur dienen müssen. Abbildungsmaterial von zum Teil erlesenem Seltenheitswert
d erschöpfende Literaturübersichten unterstützen die Darstellung und erleichtern ein
iteres Studium.

Schrittweise führen uns Arzt und Fuhs in das Verständnis der bei leukämischen
d ähnlichen) Zuständen am Hautorgan vorkommenden Veränderungen ein. Nach
natologischen Allgemeinbemerkungen gliedern sie das umfangreiche Stoffgebiet in die
cheinungen bei einfachen — akuten und chronischen — Leukosen, ferner bei Leu-
en mit geschwulstartigem Wachstum (Leukosarkomatosen und Chloromen) sowie
ukämoiden" Krankheitszuständen, um mit den Hautsymptomen bei den Leukoblastomen
(Chlomen, Lymphosarkomatose) abzuschließen. Seltenes kasuistisches und fachwissen-
aftliches Material — aus dem Erfahrungsbereich der Autoren wie der Literatur —
d hier in das Gesamtwissen vom Wesen dieser Erkrankungen eingegliedert und dem
er in didaktisch hervorragender Darstellung nähergebracht. — Herxheimer, dem
selbst wichtige Untersuchungen über die Mycosis fungoides verdanken,
l sein Schüler und Mitarbeiter Martin, ebenfalls als Autor auf diesem Gebiet be-
nt, geben ein lückenloses Bild der uns diagnostisch wie therapeutisch oft vor schwie-
e Aufgaben stellenden Erkrankung. Die drei hauptsächlichen Erscheinungsformen
rden in ihren charakteristischen Symptomen geschildert: die klassische Alibert-
zinsche Form, die erythrodermische (Hallopeau-Besnier) oder diffuse (Leredde)
rm und die Mycosis fungoides d'emblé (Vidal-Brocq). Besonders wertvoll erscheint

Digitized by Google

uns der pathologisch-anatomische und histologische Teil der Monographie, der auch d Ausgangspunkt für die ausgezeichnete Darstellung der Diagnostik abgibt; muß diese a gerade bei der M. f. besonders auf das mikroskopische Bild eingestellt werden! He heimer und Martin betonen auch, daß die histologischen Veränderungen „der maßg Faktor für die derzeitige Begriffsbestimmung" der Krankheit in allen ihren Erscheinu formen geworden sind. — S. Schoenhof-Prag beschließt den Band mit der Darste der Lymphogranulomatose der Haut, jener Affektion, die unter den entzündlichen Gra lomen zufolge des Zellaufbaus ihres granulomatösen Gewebes direkt blastomatösen C rakter annehmen kann und deren ätiologische Stellung zur Tuberkulose heute im M punkt der Diskussion steht. Hier muß nächst der anschaulichen klinischen Darst der „unspezifischen" und „spezifischen" Hautveränderungen bei Lymphogranulo der Abschnitt über die Ätiologie besonderes Interesse erwecken, und auch über Therapie wird der Orientierung Suchende alle wünschenswerte Belehrung finden. In allen drei Monographien findet die Röntgentherapie eingehende Berücksichtigun ja im Rahmen der hier vom Dermatologen zu lösenden therapeutischen Aufgaben b sondere Bedeutung gewonnen hat. F. Callomon-Dessau.

Pincussen, L.-Berlin: Mikromethodik. Quantitative Bestimmung der Ha Blut- und Organbestandteile in kleinen Mengen für klinische und experimentell Zwecke. 5. vermehrte und verbesserte Aufl. Mit 34 Abb. Verlag von Georg Thie Leipzig 1930. Preis RM. 7.50.

Für die Aufhellung der Ursache mancher Hautaffektion werden Stoffwechsel- u Organuntersuchung entscheidende Bedeutung haben. Gerade die mikrochemischen M den sind für solche Untersuchungen besonders in der Dermatologie geeignet. Da gemeinverständlich und übersichtlich geschriebene Buch wird jedem physikalisch-chem arbeitenden Arzt wie den technischen Assistentinnen die besten Dienste leisten.

F. Rosenthal-Berlin.

Sabouraud, R.: Pelades et Alopécies en Aires. Mit 179 Abb. Verlag von Ma u. Co., Paris 1929. Preis fr. 80.

Als 5. Band seiner Krankheiten des behaarten Kopfes hat Sabouraud eine M graphie über die Alopecia areata und über herdförmige Alopezien erscheinen la von der größere Einzelteile schon in den Entretiens dermatologiques enthalten wa Fesselnd vor allem ist immer wieder die minutiöse und erschöpfende Schilderung klinischen Krankheitsbildes und des Verlaufes. Ätiologisch sind trotz der Verarbei eines großen eigenen Materials die Ergebnisse wie bisher noch unbefriedigend: in die infektiöse Theorie energisch abgelehnt wird, weisen auf eine endogene Entst nur statistische Untersuchungen und besonders auffällige Einzelfälle hin. Da aber diese keine einheitliche Deutung gestatten, läßt Sabouraud es offen, ob die A areata stets eine einheitliche Erkrankung ist. Ebenso wie die gegenwärtigen Ans in der vorliegenden Monographie eine umfassende kritisch beleuchtete Darstellung fahren, werden die künftigen Forschungen auf diesem Gebiet die hier gegebenen A regungen zu berücksichtigen haben. Ph. Keller-Freiburg.

Diss, M. A.-Marseille: Les Hémosidéroses cutanées. (Die kutanen H siderosen.) Verlag Les éditions universitaires de Straßbourg, 1930.

Die eingehende Untersuchung zweier Fälle von Schambergscher Krankheit Diss Veranlassung, sich eingehender mit den hämatogenen Dyschromien in histolog wie chemischer Hinsicht zu beschäftigen. Er gibt zunächst eine Übersicht über heutigen Stand unserer Kenntnis vom Hämosiderin und den verwandten Pigmenten, sodann die Hautveränderungen zusammen, bei welchen die Hämosiderinbildung das scheidende Merkmal ist, sei es nun infolge einer Allgemeinerkrankung oder einer fachen Veränderung der äußeren Decke.

Als kutane Hämosiderosen will er nur die bleibenden Hautpigmentierungen d Hämosiderin bezeichnet wissen. Die Hämosiderosen entstehen durch eine best Fähigkeit der Zellen des retikulo-endothelialen Systems zur Pigmentaufnahme. In Sinne darf man die Hämosiderosen in Parallele stellen zu den Xanthomen sowie Gaucher- und Pickschen Krankheit. Die Zellen des retikulo-endothelialen Sy zerstören nicht nur die roten Blutkörperchen, sondern sie sind auch für die Bildu Hämosiderins von Bedeutung. In gewissen Fällen finden wir dieses auch in den M blasten. Die Gegenwart des Hämosiderins in der Haut kann die normale Melanitb verhindern. Die allgemeine Zerstörung roter Blutkörperchen bei Allgemeinleiden jedoch auch die epidermale Melaningenese anregen. Diss teilt die kutanen Hämosid ein in die 1. durch örtliche Blutzerstörung zustande kommenden: Sch

Digitized by Google

rgsche Krankheit, Purpura annularis Majocchi, Krankheit von Favre und Chaix gmentierungen des unteren Drittels der Beine beim varikösen Symptomenkomplex). esen essentiellen Hämosiderosen stellt er gegenüber die akzidentellen: Kapoche Krankheit, Purpura und Radiodermatitis, 2. Hämosiderosen infolge allmeinen Blutzerfalles: die Pigmentzirrhose und der Bronzediabetes sowie die Iaria (Sumpffieber). O. Gans-Heidelberg.

Mitteilungen aus der Literatur

Syphilis

Therapie

Bauer, R.-Wien: Über die Wirkung des Spirozid bei den postluetischen Erankungen innerer Organe. Ther. d. Gegenw., Jahrg. 70, H. 5, S. 209.

Nach kurzer Besprechung der Chemie des Spirozids und der historischen Entklung seiner Anwendung beschreibt Verf. einige Fälle von Lues, bei denen er das äparat mit gutem Erfolg angewendet hat; besonders bei einem Fall von luetischer phrose mit hochgradigster Albuminurie, Oligurie und Ödemen kam nach einer den Kur schon nach wenigen Wochen die Diurese derart in Gang, daß die fientin 10 kg an Gewicht verlor. Gute Erfolge sah Verf. auch bei Hepatitis gumsa. bei Aortitis luetica und Aneurysma aortae. Bei einem Fall von sekundärem erus lueticus und bei einer luetischen subakuten Leberatrophie mit Aszites wurde on nach kurzer Anwendung des Präparates eine Verschlimmerung beobachtet. In Dosierung ist B. sehr vorsichtig. Er beschränkt die Gesamtdosis auf etwa Tablettenzahl (à 0,25) berechnet auf das Körpergewicht, so daß täglich kaum hr als eine Tablette 3 Tage hindurch mit 3tägiger Pause gegeben wurde. Die rteilung der Erfolge wird dadurch etwas beeinträchtigt, daß es sich oft um mit osalvarsan vorbehandelte Fälle handelte. Ein sicheres Urteil über die Wirkung Mittels auf die Sero- und Liquorreaktionen konnte Verf. sich noch nicht bilden. beobachtete jedoch, daß wohl diese Reaktionen von dieser neuen Kur etwas langer beeinflußt werden. Als Ersatz für Neosalvarsan im Anschluß an Malariaandlung wurde das Spirozid nicht angewendet; es wird aber auf die Erfolge gewiesen. Sprafke-Chemnitz.

Bassewitz, E. v.-Porto Alegre: As-Dermatitis in Form des pruriginösen Analems, verursacht durch längeren innerlichen Gebrauch von Stovarsol respektive parsol. M. m. W., 1929, Nr. 18, S. 742.

Verf. berichtet über häufige Beobachtung von hartnäckigem pruriginösem zem der Analgegend, das er zurückführt auf unkontrollierte übermäßige orale fuhr der in Brasilien im Handverkauf ohne ärztliche Verordnung verabfolgten enpräparate Stovarsol und Treparsol. Die Bevölkerung wendet diese Mittel nicht gegen Lues, sondern mit gutem Erfolg auch gegen Amöbenruhr an.

H. Th. Hinrichs-Halberstadt.

Pollak, F.-Prag: Neue Gesichtspunkte zur Therapie der Metalues. M. Kl., 9. Nr. 17, S. 671.

Die Malariabehandlung ist in manchen Fällen mit gewissen Mängeln behaftet, stark protahierte Inkubationszeit oder Nichtangehen der Impfung, schlechte träglichkeit bei inneren Komplikationen, Notwendigkeit der Entfieberung mit dem t immer indifferenten Chinin. Einen Ersatz scheint hier der kolloidale Schwefel en zu können, der in Form des Präparates „Sufrogel" in intramuskulären Einzungen, beginnend mit 1—2 ccm in Abständen von 2—4 Tagen, im ganzen -12 Einspritzungen, verabfolgt wurde. Es folgt nach einigen Stunden eine starke nperatursteigerung, die nach 3—5 Stunden allmählich spontan zur Norm zurückrt. Bei Paralysen zeigte sich eine auffällige Besserung des klinischen Befundes l eine sonst nicht so rasch erzielte Veränderung der Blut- und Liquorreaktionen; Lues cerebri war die Liquorbeeinflussung keine so weitgehende, indessen wurden subjektiven Beschwerden gut beeinflußt. Die Tabesfälle blieben serologisch unnflußt, klinisch zeigten sich wesentliche Besserungen. Gegenüber den sonstigen ittermitteln scheint bei der Schwefelbehandlung außer der Hyperpyrexie, der

Digitized by Google

Leukozytose und dem Eiweißzerfall noch eine besondere Stoffwechselwirkung ... Spiele zu sein, wobei die Tatsache von Bedeutung ist, daß der normale Liquor ... aus mehr Sulfatschwefel enthält als das Blut, während die Esterschwefelsäure ... bei krankhaften Veränderungen des Zentralnervensystems vorkommt.

E. Levin-Berlin.

Popoff, N.-Sofia: Die Malariabehandlung der progressiven Paralyse ... Beobachtungen an der psychiatrischen Klinik in Sofia. Bulgarska Klinika, 19... S. 101.

Es wurden 28 Kranke behandelt, davon zeigten 7 vollständige und 10 unv... ständige Remissionen, in 11 Fällen war die Behandlung wirkungslos. Verf. schl... aus seinen Beobachtungen, daß eine völlige Heilung der Paralyse durch Mal... therapie wohl möglich sei. Am günstigsten werden die maniakalischen Formen ... einflußt, ohne Effekt bleiben die mit Demenz einhergehenden Fälle.

M. Kazarowa-T. Pasardschik.

Claude: Sur la création de centres de malariathérapie (Über die Schaffu... von Zentren für Malariabehandlung). Bull. de l'Acad. de Méd., 1929, Bd. 101, Nr. 1... S. 501.

Die Malariabehandlung der syphilitischen Affektionen des Zentralnervensys... kann in Frankreich nicht in genügendem Umfange durchgeführt werden, weil es ... Stellen fehlt, denen ein wirksamer und von Gefahren freier Malariastamm zur V... fügung steht. Es wird daher angeregt, in verschiedenen Teilen des Landes spe... für die Malariabehandlung bestimmte Zentren einzurichten, die nicht direkt A... teilungen von Irrenanstalten darstellen sollen. Während der Fieberanfälle sollen ... Kranken im allgemeinen zu stationärer Beobachtung aufgenommen werden, nur wen... der die Impfung veranlassende Arzt glaubt, eine genügende Überwachung im H... durchführen zu können, kann davon Abstand genommen werden.

E. Levin-Berlin.

Ulcus molle, Venerisches Granulom

Günsberger, O. D.-Osijek: Die ambulatorische Behandlung des weiche... Schankers. Fortschr. Ther., Jahrg. 5, H. 15, S. 480.

Als besonders geeignet zur ambulanten Behandlung des Ulcus molle beim M... wird Kupfersulfat empfohlen. Das Mittel ist unauffällig für die Umgebung, w... schmerzhaft, erzeugt wenig Komplikationen seitens der Lymphdrüsen, keine Ge... lungsschäden, verhütet Rezidive und ist im Preise billig. Von den verschied... Anwendungsmöglichkeiten in Lösung, Salbe und Urethralstäbchen wird ausführ... die Verwendung schwachprozentiger Lösungen für Verbände und Bäder bespro... und empfohlen. In gewissen Fällen sind auch andere Verfahren notwendig, wa... der Fortsetzung der Arbeit besprochen werden soll. E. Fischer-Prag.

Tagesgeschichtliche Nachrichten

Gewählt: Prof. Rille in Leipzig zum Ehrenmitglied der Bulgarischen Derma... logischen Gesellschaft. E.

Nachdruck (auch des Abschnittes „Tagesg. Nachr.") ist ohne Genehmigung des Verle... nicht erlaubt

Verantwortlich für die Redaktion: für Originalabhandlungen und T. N.: Prof. Dr. J. H. Fr... Leipzig, Johannisplatz 1. Für den Referatenteil: Dr. Fritz Callomon, Dessau

Digitized by Google

Dermatologische Wochenschrift

Nr. 11 (Bd. 90) 15. März 1930

Serumkrankheit und Rotlaufimmunbehandlung beim Erysipeloid

Von

Dr. F. Callomon in Dessau

Der gegenwärtige Stand der serotherapeutischen Erfahrungen bei der menschlichen Schweinerotlaufinfektion wurde in der Monographie des Krankheitsbildes („Pseudoerysipel, Erysipeloid") im Handbuch der Haut- und Geschlechtskrankheiten, Bd. 9, zusammenfassend dargestellt. Um zu einer kritischen Einstellung gegenüber dem noch nicht allgemein bekannten und anerkannten Heilverfahren zu gelangen, stützten wir uns dort abgesehen von den Mitteilungen der Gesamtliteratur auch auf eigene Versuche. Als Endergebnis standen einer Reihe überraschender eindeutiger Heilerfolge nicht allzu zahlreiche Versager — neben einer Anzahl zweifelhafter Resultate — gegenüber; relativ selten und nur in leichtester Form beobachteten wir störende Nebenwirkungen des Humanserums, über die scheinbar bei allen zur Verfügung stehenden Serumpräparaten geklagt wird und die nach Ansicht der Autoren vorerst den effektiven Wert des Verfahrens mehr oder minder einengen. In unserer Versuchsreihe waren bei 0 gespritzten Erysipeloidkranken schwerere anaphylaxieartige Erscheinungen niemals aufgetreten; über passagere von der Injektionsstelle ausgehende Hautphänomene wurde an erwähnter Stelle berichtet.

Jetzt aber bei Fortführung der Versuche ergaben sich Beobachtungen, die wir unseren früheren Mitteilungen (siehe auch diese Wochenschr., Bd. 84, Seite 189) schon anreihen möchten, um uns nicht der bei therapeutischen Empfehlungen so häufigen Unterlassung einschränkender Berichtigung zeihen zu müssen. Auch scheint es angebracht, die namentlich in der neueren tierärztlichen Literatur gehäuften Berichte über anaphylaxieartige Nebenwirkungen des Schweinerotlaufserums nochmals kritisch zu prüfen, um das Für und Wider des Verfahrens allseitig festzulegen. Erst hiernach läßt sich eine für den Einzelfall brauchbare Indikation einer Anwendung gewinnen.

Wir hatten noch eine ganze Anzahl von Erysipeloidkranken mit meist befriedigendem Heilerfolge gespritzt. Wenige Monate nach Erscheinen der Handbucharbeit aber trafen wir zweimal auf schwere, ja bedrohliche anaphylaxieartige Zustände, beidemal bei Veterinärärzten, im schwereren Falle unter Voraussetzungen, die für die Frage des Zustandekommens hochgradiger Reaktionserscheinungen — vielleicht auch bei anderen, ähnlich beschäftigten Berufsangehörigen — von größtem Interesse sein

Digitized by Google

müssen. Handelte es sich doch um den Hersteller des Serums selbst, d
im Anhaltischen Seruminstitut die sachgemäße Gewinnung des Sch
stoffs vom Augenblick der Entnahme aus der tierischen Ader bis zur I
füllung in die Ampullen obliegt. Unvermeidlich ist es, daß seine H
häufig und reichlich von Pferdeblut benetzt wird, namentlich bei der I
blutung der immunisierten Tiere, wo Hände und Arme weithin von I
überströmt werden. Dieser Herr, vollkräftig und gesund, infizierte
bei der Sektion eines an Rotlauf verendeten Schweins, bekam ein heft
Fingererysipeloid, ließ sich 3 Tage nach der Ansteckung mit hochwerti
(nicht normosalverdünntem) Immunserum spritzen und erkrankte n
7 Tagen unter schwersten Symptomen der Serumkrankheit: Quaddel
brüchen und Erythemen, Gesichtsödem und Heiserkeit, Oligurie und
drohlichsten Herzstörungen bei hochgradiger, weit über die Zeit des
falls anhaltender Mattigkeit. Wir verweisen des näheren auf das Proto
War es ein Zufall, daß dem Ausbruch dieser Erscheinungen, hier zu
bei einem Erstgespritzten (nie Diphtherie usw.!), die jahrelange beru
bedingte Berührung mit tierischem Blut, insbesondere Pferdeblut, vor
gegangen war? Wissen wir nicht aus der experimentellen Forsch
daß es bei der Anordnung des aktiv anaphylaktischen Tierversuchs
„Vorbehandlung", d. h. der parenteralen Zufuhr der anaphylaktog
Substanz, durchaus nicht unbedingt des Weges der Einspritzung bed
Setzt uns doch Doerr in seiner neuesten hervorragenden Monogra
über „Allergische Phänome" (Bd. 13 des Handbuchs der normalen
pathologischen Physiologie, J. Springer, Berlin 1929, S. 668) auseina
daß sich im Tierversuch infolge der Durchlässigkeit der Haut und
Schleimhäute die „aktive Sensibilisierung" unter Umständen auch erre
läßt, wenn man die zu prüfenden sensibilisierenden Stoffe in die
verreibt oder auch nur durch Auflegen von getränkten Kompressen
die Haut appliziert. Diese Versuche verschiedener Autoren sollten,
wir Doerr entnehmen, gerade dazu dienen, die Möglichkeiten
aktiven Präparierung unter natürlichen Lebensbedingungen,
ohne willkürlichen Eingriff, zu ermitteln, eine Frage, die für die
stehung der „Idiosynkrasien" von Wichtigkeit ist. Und wenn man
sprechend den Darlegungen Doerrs die Übergänge zwischen Anaphyl
und Idiosynkrasie als fließend annimmt, d. h. für beide Reaktionsphäno
den gleichen „immunologischen und physio-pathologischen Mechanis
voraussetzt, so wird es für die Betrachtung des vorliegenden Falle
laubt sein, die „sensibilisierende" Substanz des experimentellen Beis
und die „reaktionsauslösende" der menschlichen Idiosynkrasie — hier
Pferdeserum — gleichzusetzen und es für unerheblich zu erachte
wir eine „Serumkrankheit" oder eine „induzierte Idiosynkrasie" vor
haben. Aus der Klinik der Idiosynkrasien ist bekannt, daß zu den Sto
deren wiederholte Einwirkung nach langer Toleranz schließlich zu spezi
eingestellter Empfindlichkeit führen kann, auch tierische Seren geh
unter den „Berufsidiosynkrasien" zählt Doerr die Empfindlichkeit
Arbeiter in Serumfabriken gegen Pferdeserum besonders auf, analog
Idiosynkrasien der Bäcker und Müller gegen Mehlstaub, dem Ursole
der Pelzfärber usw. Hier also scheint uns der Schlüssel zu liegen
die jedem Kenner der einschlägigen Literatur auffallende Häufig

Digitized by Google

on „anaphylaxieartigen" Nebenwirkungen gerade bei Anwen-
ung des Rotlaufhumanserums im Vergleich zu Immunseren bei
nderen Infektionskrankheiten. Handelt es sich doch bei den Erysipeloid-
ranken zu einem ganz wesentlichen Teil um Angehörige jener Berufs-
lassen, die in immer wiederholtem Kontakt mit tierischem
lut, besonders auch Pferdeblut stehen, um Tierärzte und deren
ehilfen, Schlachthofangestellte, Metzger u. dgl.; ihr Häufigkeitsanteil am
orkommen von Serumkrankheit macht das stärkere Hervortreten der-
tiger Nebenwirkungen bei der Rotlaufimmunbehandlung vielleicht ver-
ändlich. Die störende Folgeerscheinung wäre also nicht ohne weiteres
em Rotlaufserum als solchen zur Last zu schreiben, sondern auch der
esonderheit des an dieser infektiösen Erkrankung beteiligten Patienten-
aterials.

So möchten wir im geschilderten Fall durchaus der zuerst von mit-
ehandelnder interner Seite geäußerten Vermutung beipflichten, daß unser
ranker durch seine besondere Berufstätigkeit für das injizierte Pferde-
mmunserum sensibilisiert worden ist. Auch in der Diskussion eines von
n anhaltischen Ärzten und Tierärzten gemeinsam veranstalteten Vor-
agsabends („Rotlaufinfektion bei Mensch und Tier", Dessau, 5. XII. 1929)
urde die berufsmäßge Berührung mit tierischem Blut als sen-
bilisierender Faktor für die bei Tierärzten anscheinend
esonders häufigen anaphylaxieartigen Nebenwirkungen des
erums zur Aussprache gestellt (Direktor Dr. Wolters). Man braucht
der Tat nur die Artikelserie der „Tierärztlichen Mitteilungen" aus dem
hre 1927 (Nr. 23/38 und 44 „Vorsicht bei Heilimpfungen gegen Schweine-
tlauf der Menschen") zu überblicken, mit den so zahlreichen Selbst-
richten von Tierärzten über unangenehme Nachfolgen, um von der Häufig-
it dieser überrascht zu sein. Aber die Zahl schränkt sich hier doch
trächtlich ein; gar zu oft treten bei kritischer Durchsicht ganz andere
ntstehungsgründe zutage, therapeutische Unvorsichtigkeiten seitens der
handelnden Landärzte, vor allem eine oft erstaunliche Sorglosigkeit hin-
chtlich der Vornahme von Wiederimpfungen bei schon früher (auch
gen anderer Infektionskrankheiten) mit Pferdeserum Gespritzten oder
n beliebig wiederholten Injektionen mit artgleichem Serum im Laufe
rselben Erkrankung.

Für die Anwendung des Serums in der Praxis ergibt sich für uns
e Folgerung, mit der Verabreichung zum mindesten bei denjenigen
ysipeloidkranken zurückzuhalten, die obigen Berufseinflüssen dauernd
sgesetzt sind, ungeachtet der Tatsache, daß für das Zustandekommen
ner Idiosynkrasie ja außer der Natur der auslösenden Substanz sowie
r Art, Häufigkeit und Aufeinanderfolge ihrer Einwirkung auch noch
dividuelle bzw. konstitutionelle Momente in Betracht kommen, daß also
ne solche „Reaktionsbereitschaft" unter gleichen Bedingungen keines-
gs immer erreicht werden muß. Bei Angehörigen dieser Berufsklassen
chten wir das Heilverfahren nur für besondere Indikationen aufgespart
ssen, nämlich für sehr langwierig verlaufende Fälle zumal mit chronisch-
zidivierender Gelenkaffektion oder für stürmisch einsetzende Infektionen
t Fortschreiten auf den Unterarm, stärkerer Drüsenbeteiligung usw.
mit nähern wir uns dem anfangs erwähnten therapeutischen Standpunkt

Digitized by Google

Sonntags, Bierbaums und Gottrons, Edels u. a. Übrigens stehen uns dort wo die Möglichkeit der Idiosynkrasie in Frage kommt, ebenso wie be schon früher Gespritzten, Serumpräparate anderer Tierspezies zur Verfügung z. B. vom Rind (Höchster Farbwerke) oder Hammel (Anhalt. Seruminstitut Prenzlauer Serum, Höchster Farbwerke), wodurch einer auf Pferdeserum spezifisch eingestellten Empfindlichkeit begegnet werden kann. Auch be Beobachtung dieser Einschränkungen verbleibt für die therapeutische An wendung des Rotlaufhumanserums immer noch ein genügend großes An wendungsgebiet, das uns gestattet, die in vielen Fällen so ausgezeichnete Heilwirkung auszuwerten. Besonders geeignet für den allgemeinen Ge brauch erscheint uns dasjenige Präparat, das die größtmögliche Menge von Immunisierungseinheiten in einer möglichst kleinen Menge tierischen Serums enthält, ein Vorzug, den die Hersteller des Humanserums des Anhalt. Instituts besonders anstrebten (s. Handb. d. Haut- u. Geschlechts krkh., Bd. 9, S. 115). Daß man Kranke, die früher einmal mit Diphtherie oder Tetanusserum gespritzt worden sind, am besten von der Serotherapie des Erysipeloids ganz ausschaltet, haben wir andernorts dargelegt.

Wir lassen die Protokolle unserer beiden Beobachtungen folgen:

Fall 1: Am 28. VI. 1829 infizierte sich Dr. N. N. bei der Sektion eines rotlaufkranken Schweins an der Volarseite des linken Mittelfingerendglieds. Status am 1. VII. Dunkle Rötung und Schwellung im Umkreis der kleinen Schnittwunde; starkes Spannungsgefühl, Axhausensches Druckphänomen am benachbarten Fingergelenk. Patient überreicht uns ein Fläschchen des von ihm hergestellten, zur Einfüllung in die Ampullen fertigen Schutzserums, noch ohne den sonst beigefügten Zusatz von einem Drittel Normosalvarsanlösung; es handelte sich um ein hochwertiges vom Pferd gewonnenes Serum, 300 I.E. von dem 5 ccm subkutan in den Unterarm injiziert wurden. Niemals früher erinnert sich Patient Serumeinspritzungen erhalten zu haben. Nach der Injektion sofort Schmerzlinderung; am 2. VII. flüchtige mückenstichartige Quaddeln an der Injektionsstelle, die auch am folgenden Tag kommen und gehen. 8. VII. vormittags: Der örtlichen Quaddeleruption folgt plötzlich der Ausbruch eines universellen, von weißlichen kleinen Quaddeln bedeckten dunkelroten Erythems, das bis hinter die Ohren und zum Nacken hinaufreicht. Injektionsstelle blaß ausgespart. Ameisenkriebeln am ganzen Körper, nervöse Erregtheit, heftige Übelkeit mit Erbrechen. Nachmittags: beginnende Abblassung bei weiterem Aufschießen von Quaddeln und kleinen Bläschen; Temperatur rektal 37,8; zunehmende Herzbeängstigung bei schwerer Störung der Herztätigkeit, die in jeder Richtung ungeordnet erscheint und mit bedrohlichen Schwächezuständen einhergeht. Dauerndes Wechseln des Pulses nach Spannung, Druck und Frequenz, Präkordialangst; Gesicht blaß und eingefallen. Krankenhausaufnahme: Kardiazol, Nachtwache. 9. VII. leichte Besserung. Puls meist gespannter, beschleunigter; hochgradige Mattigkeit. Gesicht ödematös geschwollen namentlich um die Augenlider, erythematöse Ausbrüche an den Armen; starke Heiserkeit, zeitweilig bis zur Stimmlosigkeit. Nierentätigkeit auffallend angehalten, sehr kleine Urinmengen; Temperatur normal. 10. VII. und folgende Tage: Besserung des Allgemeinzustandes und Organbefundes; noch Brennen an den Fußsohlen und Handtellern bei sonst normalem Aussehen der Körperhaut; Stimme wieder frei. Herz noch erregbar, Puls noch bei Ruhelage regelmäßig. Noch etwa 2 Wochen sind zur Überwindung der allgemeinen Schwäche und Labilität der Herzaktion nötig; völlige Genesung nach kurzem Gesamtaufenthalt. Das Erysipeloid blieb dauernd geheilt.

Fall 2: Der im Anhalt. Tierhygienischen Institut beschäftigte Tierarzt Dr. W. zog sich beim Sezieren eines an anderer Krankheit verendeten Ferkels („Bazillenträgerschweins") ein Erysipeloid des 4. Fingers der linken Hand zu, erhielt am 6. VI. 1929 10 ccm Immunserum, 100wertig, vom Schwein, mit nur vorübergehendem Erfolg, weshalb infolge zweimaligen Rezidivs am 11. VII. nochmals eine Injektion Susserin (Höchst, Pferdeserum). Tags darauf hohes Fieber, größte Abgeschlagenheit, Gliederschmerzen, Gelenkschwellungen, namentlich der Handgelenke, so stark, daß sich Patient kaum aufrichten oder bewegen kann. Abklingen der Erscheinungen innerhalb einer Woche unter Hinterbleiben starker Müdigkeit. Bald hierauf drittes Rezidiv, annulär auf der Hohlhand e-

Digitized by Google

cheinend nahe den Fingerzwischenräumen. Erst nach diesem Rückfall allmähliche endgültige Abheilung.

Der zweite Fall zeigte die Symptome der Serumkrankheit also nach einer Wiederholungsinjektion, die kunstgerecht mit Immunserum einer anderen Tierspezies vorgenommen war. Der Wechsel des tierischen Spenders genügte selbst nach einem Intervall von 5 Wochen nicht, um den Ausbruch zu verhüten. Die Reaktionserscheinungen erfolgten auch hier nach Pferdeserum.

Dem raschen und — abgesehen von der unerwünschten Nebenwirkung — vollkommenen Heilerfolg des ersten Falles steht der zweite als Versager gegenüber. Bei solchen Fällen, sofern sie nach Beschwerden oder Hartnäckigkeit ein aktives Eingreifen erfordern, muß unter Verzicht auf die spezifische Therapie auf symptomatische Verfahren zurückgegriffen werden, wie sie von uns andernorts aufgeführt und kritisch gewertet wurden, z. B. Ichthyolverbände, Alkoholpackung, auch Amylnitritsalbe nach F. Winkler, daneben vielleicht Reizkörpertherapie (Olobintin, Yatrenkasein, Aolan).

Auch gegenüber der von Gerlach, Rahm u. a. empfohlenen prophylaktischen Einspritzung von Rotlaufhumanserum nach Übertragungen hochvirulenten Bazillenmaterials ergibt sich aus Vorangehendem — gerade für die Behandlung von Tierärzten — ein berechtigt zurückhaltender Standpunkt. Man wird nach Vorkommnissen wie den geschilderten wohl Gerlach schwerlich beipflichten, daß — zumal bei dem noch problematischen Nutzen der Schutzimpfung beim Menschen — ein Serumexanthem hier unter Umständen mit in Kauf genommen werden müsse; schon diese Erwähnung des Vorkommens deutet darauf hin, daß auch dem Autor die relativ häufigen Berichte von Serumkrankheit bei Tierärzten nicht unbekannt waren. Der Schutzwert des Serums, der ja auch beim Schwein nur mehrere Monate anhält, bedarf für den Menschen erst maßgeblicher Prüfung. Liegen doch tierärztliche Selbstberichte über Neuinfektionen nach früher überstandenem Rotlauf vor, die nicht ausblieben, obschon bei der ersten Erkrankung, freilich meist vor Jahren, das Immunserum verabreicht worden war. Doch möchten wir als Beitrag zu dieser Frage auch auf den Selbstbericht des Oberstabsveterinärs a. D. Bock in den „Tierärztl. Mitt.", 1927, S. 558 hinweisen: zweimalige Rotlaufinfektion in zwei aufeinanderfolgenden Jahren, das erste Mal 1920 Heilung ohne Serum in etwa 4 Wochen, das zweite Mal 1921 wieder typisches Erysipeloid, sehr rasche Heilung nach 10 ccm gewöhnlichen Rotlaufserums. 1927 verletzte sich Patient zum dritten Mal bei der Simultanimpfung der Schweine, zog sich mit der Kanüle eine tiefe Stichwunde am Daumen zu und glaubte nun wieder an Rotlauf erkranken zu müssen. Die Stichwunde heilte jedoch ohne geringste Folgeerscheinung. Wir lassen es natürlich dahingestellt, inwieweit hier — wenn überhaupt die Ansteckung haften mußte — das Ausbleiben des Erysipeloids mit dem früher verabreichten Immunserum oder — wahrscheinlicher — mit dem zweimaligen Überstehen der Krankheit in Beziehung gebracht werden könnte. Die vorbeugende Einspritzung im unmittelbaren Anschluß an Verletzungen mit der Kulturspritze u. dgl. wird vorerst nur mit allem Vorbehalt zu empfehlen sein.

Daß die in Tierärztekreisen geübte Methode des Aussaugens der Stichwunde in solchen Fällen als gefährlich und vergeblich zu widerraten ist, haben wir im Handb. d. Haut- u. Geschlechtskrkh., Bd. 9, S. 119 dargelegt. Das Gefährliche der Maßnahme illustrieren die daselbst (S. 99) aufgeführten Fälle von extradigitaler Schweinerotlaufübertragung, deren Kasuistik neuerdings Bierbaum und Gottron in ihrer leider erst nach Erscheinen unserer Arbeit veröffentlichten Abhandlung in der Derm. Zschr. (Bd. 57, H. 1/2) bereichern. Jede Lippenrhagade könnte die Eintrittspforte für eine Gesichtsinfektion abgeben. Das Vergebliche des Verfahrens beleuchtet der Selbstbericht des

Digitized by Google

Tierarztes Dr. Bellers in der „Tierärztl. Mitt." (l. c. S. 558), der die stark blutende Stichwunde sofort kräftig aussaugte und mit Jodtinktur nachpinselte; trotzdem schwoll 2 Tage hierauf die Umgebung der Stichstelle unter Fieberanstieg und starker Abgeschlagenheit heftig an, empfindlich schmerzend, trotz örtlicher Alkoholverbände als typisches Erysipeloid fortschreitend. Heilung ohne Immunbehandlung in relativ kurzer Zeit (Yatrenkaseinbehandlung).

Aus der Klinik für Haut- und Geschlechtskrankheiten der kgl. ung. Stefan-Tisza-Universität in Debreczen (Vorstand: Prof. Dr. Eduard Neuber)

Beiträge zu der Pathologie und Therapie der humanen Mikrosporie

Von

Prof. Dr. Eduard Neuber

Es gibt bekanntlich animale und humane Mikrosporonarten. Eine jede geographische Lage hat ihre eigene animale Mikrosporonart, so auch Ungarn, mit diesen will ich mich aber jetzt nicht beschäftigen, sondern ausschließlich mit der humanen Art (Mikrosporon Audouini), welche fast immer nur an der behaarten Kopfhaut Veränderungen hervorruft, und zwar bis zu der Pubertät, um dann spontan abzuheilen. In der Vorkriegszeit war diese Erkrankung in Ungarn unbekannt, höchstens kamen nur einige vom Ausland eingeschleppte Fälle zur Beobachtung; nach Sabouraud bildete der Rhein jene Grenze, von der nach Westen die Krankheit endemisch herrschte. Die große Völkerwanderung während des Weltkrieges hat auch diesen Zustand umgestürzt, und heute ist die humane Mikrosporie sozusagen in ganz Europa endemisch.

Die Infektion mit Mikrosporon Audouini gelingt bekanntlich nur bei bestimmter biologischer Reaktion der Haut; während meiner früheren Untersuchungen hatte ich mich überzeugen können, daß die Infektion mit Mikrosporon Audouini an kastrierten Meerschweinchen in einigen Fällen — allerdings recht selten — anging, reife Tiere verhielten sich aber gegen eine Infektion stets refraktär. Auch an der menschlichen Kopfhaut bieten zweifellos biologische Verhältnisse Gelegenheit zur Infektion, was auch schon daraus hervorgeht, daß in der Pubertät, als die Keim- evtl. auch andere Drüsen in Aktion treten, die Krankheit von selbst heilt; besonders auffallend ist diese Erscheinung an Mädchen, an denen die unbehandelte humane Mikrosporie gewöhnlich kurz nach der ersten Menstruation, binnen einigen Wochen oder Monaten spontan abzuheilen pflegt. Die große Wichtigkeit der Sexualdrüsen bei der Infektionsmöglichkeit dürfte aus dem Vorausgeschickten ziemlich hervorleuchten, es ist aber wahrscheinlich, daß auch andere, bisher nicht genügend bekannte Faktoren, evtl. die ex- und inkretorischen Drüsen der Haut daran beteiligt sind; diese Annahme bedarf allerdings eines Nachweises.

Früher — nach Entdeckung und Anerkennung des Mikrosporon Audouini, aber vor der Röntgenära — galt die humane Mikrosporie im Kindesalter für eine unheilbare Erkrankung, denn die damalige Behandlung (Teerhaube, Epilation mittels Pinzette usw.) sich für wirkungslos

Digitized by Google

rwies, aber schon damals gab man der Hoffnung Ausdruck, daß sie nach rreichung der Pubertät spontan heile. Eine bekannte Tatsache war es, aß das Mikrosporon AUDOUINI nur in einem gewissen Alter sich an der ehaarten Kopfhaut ansiedeln, fortpflanzen und pathologische Erschei-ungen hervorrufen könne, mithin ein fakultativer Krankheitserreger sei. iese empyrische Feststellung entspricht vollkommen unserer heutigen iologischen Annahme und Vorstellung.

Es verhalten sich wahrscheinlich, wie früher bereits erwähnt, nicht ur die Hormone der Keimdrüsen hemmend auf das Anhaften und Ent-icklung des Mikrosporon AUDOUINI, sondern auch andere Hautdrüsen, ie dies aus meinen früheren Versuchen zu schließen ist; z. B. gelingt ie Infektion der behaarten Kopfhaut des Erwachsenen mit Mikrosporon UDOUINI nur äußerst schwer, dagegen lassen sich haarlose Stellen viel eichter infizieren und an ihnen charakteristische Mikrosporieplaques her-orrufen, demnach erscheint es für wahrscheinlich, daß außer einer Akti-ierung der Keimdrüsen während der Pubertät auch anderen biologischen aktoren — vielleicht einer gesteigerten Talgdrüsensekretion — an der ehaarten Kopfhaut eine Rolle zukommt.

Im nachfolgenden möchte ich über einen interessanten Fall berichten, er in jeder Beziehung unsere Annahme und die aus den Tierversuchen isher gewonnenen Ergebnisse bekräftigt.

Anamnese: Patientin entstammte einer späten Ehe ihrer Eltern. Vater litt an ner schweren Syphilis, wurde nur unzureichend behandelt. Syphilitische Exantheme aren an der Kranken angeblich niemals sichtbar, biologische Reaktionen auf Syphilis elen stets negativ aus. Von sieben Geschwistern starben drei an einer „blasigen" Er-rankung, näheren Aufschluß vermochten die Eltern nicht zu geben. Unsere Patientin, e jüngste in der Reihe, hat bei der Geburt 1,80 kg gewogen. Ihr Gedeihen war nur r Sorgfalt der wohlsituierten Eltern zu verdanken. In der Entwicklung blieb sie den ltersgenossen gegenüber zurück. Im 2. Lebensjahr erkrankte sie an einer schweren achitis, deren Zeichen sie auch heute noch trägt, später tritt eine schwere Chlorose f, die trotz sorgfältigster Behandlung noch heute besteht. Bis zum 19. Lebensjahr atte sie für das männliche Geschlecht kein Interesse, war vollkommen frigid, die nzschule war ihr verpönt, und eine mächtige religiöse Einstellung unterdrückte in ihr le weltlichen Gedanken und Regungen.

Status praesens: 21jähr., sehr mageres, blasses Mädchen von mittlerer Statur. usgesprochene Chlorose. Auffallende rachitische Merkmale: charakteristisches Caput quad-atum, aufgetriebene Knie- und Fußgelenke, an mehreren Stellen verbogene Rippen. ie Veränderungen sind vor allem an dem Schädel ausgesprochen: die Fontanellen sind ellenweise noch offen, oder das Knochengewebe ist von einem fibrillären Binde-ewebe ersetzt, die Knochennähte sind nicht verknöchert, an einzelnen Stellen sind e Schädelknochen infolge einer späten, ungleichmäßigen Verknöcherung des osteoiden ewebes in Form von dicken Lamellen von unebener Oberfläche zu tasten. Die Zähne nd ganz unregelmäßig gewachsen, meistens quergefurcht, die Schneidezähne tonnen-rmig.

Die Genitalien sind infantil, kleine und große Schamlippen rudimentär entwickelt, eine Schamhaare, bisher keine Menstruation. Starkes Jucken an der ganzen Haut, be-nders aber an den Genitalien. Der ausgesprochene Widerwillen gegen das männliche eschlecht bestand bis zu der gleich zu beschreibenden Behandlung unverändert fort. äufige neurasthenische Erscheinungen (Reizbarkeit, Ermüdbarkeit, Asthenie). Das fort-ahrende peinliche Jucken und die schubweise auftretenden Urtikarien verschlimmerten iesen Zustand noch mehr. An der behaarten Kopfhaut charakteristische Mikrosporie-rscheinungen, welche, miteinander zusammenfließend, kaum einige gesunde Stellen frei-eßen. Der mikroskopische Befund und das Kulturverfahren ergaben gleichfalls positives rgebnis (Mikrosporon AUDOUINI). Nach Angabe der Eltern und der Kranken soll dieser rozeß bereits seit 8 Jahren bestehen.

Digitized by Google

Die Geschlechtsorgane, die sekundären Geschlechtsmerkmale blieben also in einer frühen Jugend in ihrer Entwicklung stecken: Hypoplasie der Genitalien, vollkommene Frigidität, Amenorrhoe. Es darf zweifellos angenommen werden, daß es sich hier um den Ausfall mehrerer innersekretorischer Drüsen handelt, welche durch die erwähnten konstitutionellen Erkrankungen — Syphilis der Eltern, Rachitis, Chlorose — vorübergehend oder dauernd geschädigt wurden. Die Mikrosporie selbst wurde im In- und Ausland von hervorragenden Dermatologen behandelt, jedoch ohne Erfolg. Eine Röntgenepilation war wegen der teils offenen, teils nur fibrös verschlossenen Fontanellen kontraindiziert, sie wurde auch niemals versucht, auch mich hat davor der Gedanke an eine mögliche Schädigung des Gehirns und Meningen zurückgehalten. Dagegen habe ich alle üblichen Behandlungsmethoden angewendet, allein erfolglos, denn die Sporen in den Follikeln blieben unversehrt, und von dort aus rezidivierte der Prozeß binnen einigen Wochen immer wieder. Dieser Umstand überzeugte mich davon, daß die Lösung in einer ganz neuen Richtung gesucht werden müsse.

Auf einen Ausfall, bzw. Hypofunktion des Eierstockes hatten mehrere Symptome hingewiesen, wie Amenorrhoe, Akne vulgaris, Neigung zu Ekzemen, unabhängig von der Ernährung auftretende symmetrische Erytheme, urtikarielle Erscheinungen, Dermographismus, peinliches Jucken am ganzen Integument, besonders aber an den Geschlechtsorganen, ausgesprochener Infantilismus der letzteren.

Ich hatte also jeden Grund dazu, daß ich meine Aufmerksamkeit vor allem den innersekretorischen Drüsen, namentlich den Eierstöcken zuwende, um so mehr, da meine Tierversuche (kastrierte Meerschweinchen), ferner die spontane Abheilung der Mikrosporie in der Pubertät auf einen ausschlaggebenden Einfluß der Keimdrüsen auf die Lebensbedingungen des Mikrosporon Audouini hinwiesen. Somit gab ich der Kranken Ovariumpräparate, um das hypofunktionierende Ovarium zu unterstützen. Ich muß es eingestehen, daß ich von den Ovariumpräparaten nicht viel erwartete, die bisherigen Ergebnisse sind so sehr unsicher und individuell, daß die Prognose von primären Amenorrhoen gar nicht verheißend ist.

Auf Grund dieser Überlegung erhielt die Kranke täglich 0.30 : Richtersche Ovartabletten (täglich 2 Tabletten). Die Mikrosporieerscheinungen zeigten kaum eine Besserung, um so mehr die allgemeinen Erscheinungen: das Jucken, die Erytheme, auch die Akne ging etwas zurück. Dieser Teilerfolg ermunterte mich zu der intravenösen Anwendung des Richterschen Glanduovins (1 Amp.: 1 g frische Drüsensubstanz). 8 Wochen hindurch erhielt sie 3mal wöchentlich 1—3 ccm, insgesamt 26 Injektionen (24. I. bis 22. IV. 1927). Später hatte ich die Einzelgaben noch mehr gesteigert, womit auch die Ergebnisse sich besserten. Dieses Präparat kommt auch mit Roborantien (Eisen, Arsen usw.) kombiniert in den Handel, diese habe ich aber vermieden, um die reine Wirkung des Drüsenextraktes studieren zu können. Die Glanduovininjektionen vertrug die Kranke recht gut, von geringerem Schwindel und Brechreiz abgesehen ließen sich keine Nebenerscheinungen beobachten. Die Toleranz hat ich wesentlich erhöhen können, indem ich 1—3 ccm Drüsenextrakt in 50—100 ccm Wasser verdünnte und aus einer Bürette infundierte.

Digitized by Google

Schon in der 4. Woche war die Wirkung eine direkt verblüffende, die Ausfallserscheinungen wurden ganz behoben, die Kranke erwachte gleichsam aus ihrer Apathie, es meldete sich die Menstruation (zum ersten Male!) und die Mikrosporieerscheinungen an der behaarten Kopfhaut gingen ohne äußerliche Behandlung zurück, um am Ende der 8. Woche vollkommen zu heilen.

Die Organotherapie hatte ich Ende April eingestellt und die Kranke mit der Warnung, sich nach einigen Monaten wieder vorzustellen, entlassen. Das geschah auch Mitte Juni, inzwischen hat die Kranke keine lokale Behandlung erhalten. Sie gab nun vor (15. VI. 1927), daß sie im April noch eine Menstruation hatte, in welcher Zeit sie sich noch immer sehr wohl fühlte, im Mai blieb aber die Menstruation wieder weg, und damit sind sämtliche Beschwerden — erythematöse, urtikarielle, juckende Erscheinungen — wieder eingebrochen und an der behaarten Kopfhaut einige charakteristische Mikrosporiescheiben von 2—3 cm Durchmesser wieder erschienen. Da die Kranke keine 8 Wochen wieder in Debreczen erbringen konnte, habe ich die oben beschriebene Behandlung mit ihrem Hausarzt durchführen lassen, aber jetzt mit dem Präparat Hormogland C. O. H. Richter, welches außer dem Ovarium auch Thyreoidea und Hypophyse enthält. Deshalb griff ich zu diesem Präparat, weil der primären Amenorrhoe und dem genitalen Infantilismus nicht nur ein Ovariumausfall, sondern meistens eine pluriglanduläre Korrelationsstörung zugrunde liegen. Auch jetzt wurde lokal nicht behandelt. Die Kranke meldete sich am 15. IX. 1927 von neuem; die krankhaften Erscheinungen besserten sich auf die Hormoglandtherapie sofort erheblich und verschwanden bald ganz.

Seit dieser Zeit besucht mich die Patientin ein jedes Vierteljahr, sie ist dauernd symptomlos, an der behaarten Kopfhaut ist von der Mikrosporie nichts vorhanden (8. VI. 1929).

Diesen Fall hielt ich deshalb einer Veröffentlichung wert, weil die hormonale Behandlung der Mikrosporie bisher ganz unbekannt ist, diesbezügliche Versuche wurden bisher nicht angestellt, sie sind also von prinzipieller Bedeutung. Unser Fall erlaubt ferner tieferen Einblick in verwickelte biologische Verhältnisse, welche bisher meistens nur in Tierversuchen studiert wurden. Jene Annahme der älteren Verfasser, daß die Mikrosporie eine sehr hartnäckige, im Laufe der Pubertät aber spontan heilende Erkrankung sei, besteht auch heute zu Recht, und auch jene Beobachtung erwies sich für richtig, daß die mit der Pubertät einhergehende biologische Umwandlung, Umstimmung des Organismus die behaarte Kopfhaut als Nährboden für das Mikrosporon Audouini verändert, für sein Anhaften und Entwicklung ungeeignet macht.

Digitized by Google

Aus der Klinik für Haut- und Geschlechtskrankheiten der kgl. ung. Franz-Josef-Universität in Szeged, Ungarn (Direktor: Prof. o. ö. Dr. F. v. Poór)

Kasuistische Beiträge zur Kenntnis der nichtvenerischen Genitalerkrankungen

Von

Priv.-Doz. Dr. K. v. Berde, Adjunkt der Klinik

Mit 6 Abbildungen im Text

1. Scleroderma circumscriptum praeputii

Im November 1928 meldet sich ein 70 Jahre alter Kranker an der Klinik und gibt an, daß vor ungefähr einem Jahre an der Oberfläche der Haut der linken Inguinalgegend ein brennender, juckender Fleck von weißlichem Aussehen entstand, der seither an Ausdehnung zunahm. Später entwickelte sich auch am Präputium eine ähnliche Veränderung, seither ist die Öffnung des Präputiums verengt, es läßt sich nicht zurückziehen, am Rande desselben entstehen leicht Einrisse, im Gebiete der Vorhaut verspürt der Kranke einen brennenden, stechenden Schmerz.

Abb. 1

Die Anamnese ergibt weder in persönlicher noch in familiärer Hinsicht irgend welche wichtigeren Anhaltspunkte. Der Kranke ist seinem Lebensalter entsprechend von mäßig greisenhaftem Äußeren, wohlgenährt, an der Oberfläche der Haut zeigen sich Zeichen der senilen Atrophie. Die inneren Organe außer leichten Anzeichen eines V. pulm. auctum und mäßiger Arteriosklerose o. B. Von seiten der endokrinen Drüsen ist keine Veränderung nachweisbar, die Hoden sind nicht atrophisch, Potentia coeundi ist bestehen. Blutdruck etwas erhöht, Blutbild normal, WR negativ.

In der linken Inguinalgegend ist unterhalb des Poupartschen Bandes eine kleinhandtellergroße, regelmäßig elliptische flache Veränderung zu sehen, die über das Niveau der umgebenden Haut etwas hervorragt. Der mittlere breitere Teil dieser Veränderung ist porzellanweiß, matt, glänzend, vollkommen unbehaart und wird von einem mäßig dunsenen, etwas zyanotischen schmäleren Teil ringförmig umgeben, dessen Struktur

Digitized by Google

allgemeinen von normalem Aussehen ist. Die ganze Veränderung zeigt erheblich festere Konsistenz als die Umgebung (Abb. 1). Das Präputium ist in seiner ganzen Ausdehnung ähnlich verändert: seine distale Partie ist porzellanweiß, steif, nicht retrahierbar, die Öffnung ist verengt, am Rande sind drei oberflächliche Rhagaden zu sehen. Im proximalen Teile ist das Präputium ungefähr in der Höhe des Sulcus coronarius von einem bläulich-roten, geschwollenen Ring gürtelförmig umgeben. Die Öffnung des Präputiums läßt sich auch mechanisch bloß so weit öffnen, daß eben noch die Harnröhrenöffnung sichtbar wird.

Die Diagnose des Scleroderma circumscriptum war in Anbetracht des an zwei Stellen sichtbaren „Lilac ring" auch klinisch nicht schwer und wurde durch den histologischen Befund des später entfernten Präputiums erhärtet (Abb. 2). An der Grenze zwischen Epithel und Kutis ist die papilläre Struktur vollständig verschwunden. Das Epithel liegt der Kutis glatt an. Es besteht mäßige Hyperkeratose, die Malpighischicht ist verdünnt. Die Fasern der Kutis erscheinen vermehrt, stellenweise zeigt sich hyaline Degeneration, in der Umgebung der Blutgefäße Rundzelleninfiltration.

Zwei Umstände machen unseren Fall besonders bemerkenswert: einmal ist das Scleroderma circumscriptum keine häufige Hautkrankheit, aber besonders selten ist die hier mitgeteilte Lokalisation. Ein derartiger Fall ist meines Wissens bloß von Scherber beschrieben, auch dort handelt es sich um einen isolierten Herd am Präputium, wodurch es ähnlich wie bei unserem Falle zu einer Phimose gekommen war. Fälle, bei denen an verschiedenen Stellen der Haut gleichzeitig mehrere Herde zu finden waren und dabei ein Herd auch am Penis, sind von Callomon mitgeteilt, bei diesen blieb aber das Präputium frei, es kam nicht zur Phimose. Der zweite nicht alltägliche Umstand ist der, daß diese Krankheit im 69. Lebensjahr entstand. Bekanntlich beginnt dieses Leiden meist in jüngeren oder mittleren Jahren. Nach Luithlen ist der älteste bisher bekannte Fall ein 75jähr. Kranker Kaposis. Da es unserem Kranken darum zu tun war, von seiner Phimose befreit zu werden, wurde die Zirkumzision ausgeführt, was ohne Schwierigkeiten gelang. Nach Exstirpation der kranken Teile des Präputiums durch einen Schnitt im Gesunden, Wundnaht, Heilung p. p. Die unter dem Präputium gelegenen Hautpartien waren von normalem Aussehen.

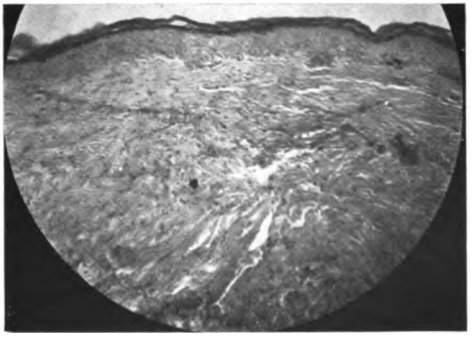


Abb. 2

2. Sekundäre Lymphangiektasie in der Gegend des Mons pubis

Am 30. Dezember 1927 wird der 18jährige Schuhmacher K. F. mit folgenden Beschwerden auf die Station der Klinik aufgenommen. Vor 4 Jahren entstanden anfangs bloß in der rechten, später auch in der linken Inguinalgegend indolente Geschwülste, die langsam wuchsen, erweichten, schließlich aufbrachen und lange Zeit hindurch eiterten. Ein Jahr später wurde er an der rechten Seite einmal, an der linken wiederholt operiert, wobei offenbar erkrankte Lymphdrüsen entfernt worden waren. 5 Tage nach der ersten Operation (rechts) entstanden in der Umgebung des Operationsgebietes, an der Hautoberfläche der rechten Unterbauch- und Inguinalgegend verstreut, teils isolierte, teils truppenweise angeordnete, stecknadelkopf- bis mohnkörnchengroße, helle, durchscheinende, indolente Bläschen, welche langsam wuchsen und sich vermehrten. Bei Verletzung dieser Bläschen entleerte sich aus denselben reichlich wasserklare Flüssigkeit. An der linken Seite kam es nach der Operation ebenfalls zur Bildung ähnlicher Bläschen wie rechts, wo diese hier aber stellenweise die Größe einer Haselnuß erreichten, wurden sie mit dem scharfen Löffel entfernt. Auch nach dieser Operation trat jedoch nicht die erwartete Heilung ein, aus der Wunde entleerte sich reichlich wäßrige Flüssigkeit und in der Umgebung kam es zur Bildung neuerlicher Blasen.

Status praesens am 30. Dezember 1927: Schwach entwickelter, blasser, abgemagerter junger Mann. Über beiden Lungenspitzen katarrhalische Erscheinungen, bei der Durchleuchtung leichte Verschattung beider Spitzenfelder. Die übrigen inneren Organe o. B. Röntgenaufnahme der Knochengebilde der Inguinalgegend o. B. Blutbild normal, WR negativ, Temperatur 37—38,5°.

Digitized by Google

In beiden Inguinalgegenden, in der Gegend der femoralen Lymphknoten sieht man teils lineäre und schrumpfende, teils breite flache strahlenförmige, keloide Narben. Die Haut des Unterbauches, des Mons pubis und der beiden Inguinalgegenden erscheint im Vergleich zu normalen Verhältnissen etwas vorgewölbt. Sie greift sich hier etwas steifer und härter an als an anderen Stellen des Körpers, wie wenn ihre Unterlage aus kompakterem Gewebe bestünde. An ihrer Oberfläche sieht man teils vereinzelte, verstreute, teils eng aneinandergereihte, stellenweise auch zu erbsen- bis fingerbeerengroßen Knäueln zusammengedrängte, mohn- bis hirsekorngroße, blaß transparente oder glänzende papel- bzw. bläschenartige Gebilde, die voneinander durch gesund aussehende Hautpartien getrennt sind. Die Gebilde sind in größter Zahl an der unteren Hälfte der die Peniswurzel mit der linken Spina il. verbindenden Linie anzutreffen. Während die kleineren von anscheinend gesunder Epidermis bedeckt sind und ihre Umgebung keinerlei entzündliche Zeichen aufweist, ist die Oberfläche der größeren, prominenten, zusammengesetzte Massen bildenden Gebilde uneben, zeigt papilläre Struktur, die oberste Schicht schuppt sich oder ist mit schmutziggrauen Auflagerungen versehen; die Umgebung zeigt eine unscharf begrenzte, blaß rosafarbene oder lividrötliche Verfärbung. Die größeren Gewächse fühlen sich rauh und kompakt an, auf Druck werden sie blaß und kleiner, als ob sich ihr

Abb. 3

Inhalt entleerte, nach Aufhören des Druckes nehmen sie ihre ursprüngliche Gestalt und Farbe wieder an. Schon bei der Betrachtung der Gebilde mit der Lupe läßt sich deren blasenartige Struktur und ihr wasserklarer Inhalt unterscheiden, noch deutlicher tritt dies aber bei der Verletzung der Bläschen zutage; es kommt hierbei zu einem reichlichen Saftfluß. Sowohl die mikroskopische als auch die chemische Untersuchung der entleerten Flüssigkeit ergeben, daß es sich hier um reine Lymphe handelt.

Zwecks histologischer Untersuchung wurde eine anscheinend isoliert stehende Blase, die sich scheinbar im Anfangsstadium befand, von der rechten Inguinalgegend, sowie eine gehäufte Bläschenmasse der Unterbauchgegend exstirpiert. Bei der Exstirpation der letzteren fiel die Rigidität und Zähigkeit der Unterlage auf. Das Epithel der Umgebung der im Anfangsstadium befindlichen Blase erscheint in dem histologischen Präparat im allgemeinen normal (Abb. 4), obzwar die Hornschicht etwas breiter und das Stratum granulosum überall stark ausgeprägt ist. In der obersten und mittleren Zone des Koriums ist das Verhältnis der Fasern normal, in der untersten Zone kann man jedoch stellenweise eine fibromartige Vermehrung und Verdickung sowie eine strangartige Anordnung und hyaline Degeneration des Kollagens vorfinden. Diese hyperplastisch-degenerative Veränderung ist jedoch nicht allgemein, sie ist bloß an einzelnen Nestern zu beobachten. Ein auffallenderes Infiltrat ist in dem ganzen Präparat nicht zu finden. Um so auffallender sind dagegen jene Veränderungen, welche an den Lymphgefäßen –

Digitized by Google

in erster Linie an denen des Corpus papillosum — zu finden sind. Während an dem exstirpierten Gewebsstückchen makroskopisch bloß eine kleine Blase zu sehen ist, zeigt das mikroskopische Bild zwei größere und zahlreiche kleinere Höhlen, deren jede im Inneren je einer Papille sitzt. Die kleineren bloß an der Spitze der Papille, die größeren hingegen füllen das Gewebe der Papille vollständig aus, treiben auch das Nachbargewebe auseinander und bilden gegen die Oberfläche eine Vorwölbung, an der auch die Schichten des Epithels beteiligt sind. Das Innere der Höhlen wird von einer zellenlosen, geronnenen, körnigen Masse ausgefüllt. Die Innenwand der Höhlen besteht aus einschichtigem, schmalem Endothel ohne Erscheinungen der Proliferation, das Perithel ist kaum entwickelt. In der mittleren und unteren Zone des Koriums klaffen sämtliche Lymphgefäße.

Im Gegensatz zu dem eben beschriebenen Bilde, bei dem sich die pathologischen Veränderungen fast ausschließlich auf die starke Erweiterung der Lymphgefäße beschränken, findet sich in dem von der Haut des Unterbauches entnommenen, erbsengroßen, aus mehreren offenbar älteren Bläschen bestehenden Präparat kaum eine Stelle, welche keine pathologischen Veränderungen aufweist. Das mit Hämatoxylin-Eosin gefärbte Präparat läßt schon makroskopisch drei übereinandergelagerte Schichten erkennen: eine oberste helle bläschenförmige, eine mittlere dunkelblau und eine unterste rot gefärbte Zone. Mikroskopisch fällt insbesondere auf: in der obersten Zone in dem Gebiete des Epithels und der Papillen die extrem erweiterten minenartigen Höhlen, in der mittleren Zone ein lockeres Infiltrat, in der untersten Zone die fibromartigen Fasernmassen. Unterhalb der hyper- oder parakeratotischen Hornschicht findet man eine tiefgreifende Akanthose, deren Epithelleisten schmal, schlank, von beiden Seiten und oberhalb der Spitzen der Papillen auch von unten her zusammengedrückt erscheinen. Die Papillen in ihrer Umgebung sind nicht bloß extrem hoch, sondern auch ebenso breit. In diesen massigen Papillen findet sich aber bloß ganz wenig Grundsubstanz in den Boden des Epithels gedrückt, da sie in ihrer ganzen Ausdehnung von ein oder mehreren zu einer riesigen Höhle erweiterten Lymphgefäßen ausgefüllt werden. Der Inhalt sowie die Struktur der Wand dieser Höhlen gleicht jener der oben beschriebenen initialen Ektasien. Der Zusammenhang zwischen den Höhlen und den in den tieferen Schichten des Koriums gelegenen ebenfalls erweiterten Lymphgefäßen läßt sich stellenweise nachweisen. Die Innenwand ist überall von einschichtigem Endothel bekleidet, an den Gefäßwänden ist außer der Verschmälerung keinerlei pathologische Veränderung zu finden. In der mittleren — infiltrativen — Zone treten die Fasern in den Hintergrund, dabei dominieren in erster Linie Plasmazellen, in geringerer Zahl Lymphozyten und Mastzellen; Riesenzellen sind nicht zu finden. In der untersten — fibrösen — Zone werden zwischen den dicken, verschlungenen, hyalinisch degenerierten Bündeln die in spärlicher Zahl vorhandenen, komprimierten Haarfollikel, Talgdrüsen, Schweißdrüsengänge und Blutgefäße von einem dünnen Infiltrationsmantel umgeben. Gewebszerfall oder Zeichen einer Tuberkulösen Veränderung sind in dem Präparat nicht zu finden.

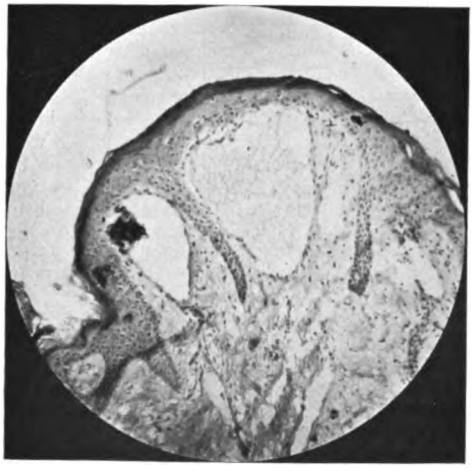


Abb. 4

Obzwar sowohl der klinische als auch der histologische Befund zweifellos dafür spricht, daß die an der Haut des Unterbauches und der beiden Inguinalgegenden unseres Kranken gefundenen Veränderungen blasenartig-papillärer Struktur im wesentlichen aus einer Ektasie der Lymphgefäße hervorgegangen waren, ist dennoch bei Stellung der Diagnose — in differentialdiagnostisch-ätiologischer Hinsicht — einiges zu bedenken. Nach Kyrle läßt sich in derartigen Fällen nicht immer leicht entscheiden, wieviel man einer einfachen Ektasie, wieviel einer Hyperplasie, einem naevusartigen Neugebilde oder

Digitized by Google

endlich einem wirklichen Neoplasma zuzuschreiben hat. Dazu kommt noch im besonderen bei unserem Falle, daß in unmittelbarer Nähe der Hautveränderungen diesen tuberkulösen Lymphome und Skrophulodermien vorausgegangen waren, so daß man auch die Möglichkeit einer tuberkulösen Hautveränderung zu erwägen hat.

Eine mit der Ektasie der Lymphgefäße einhergehende Tbc. verrucosa cutis, die von JADASSOHN beschriebene sehr seltene Tbc. fungosa verrucosa lymphangiectatica und die von HALLOPEAU und GOUPIL im Jahre 1892 beschriebene, mit Lymphvarizen einhergehende tuberkulöse Lymphangitis lassen sich in unserem Falle ausschließen, da an der Stelle der Veränderung histologisch kein tuberkulöses Granulationsgewebe zu finden war.

An ein Hydrozystom war in unserem Falle auch schon deshalb nicht zu denken, da die Innenwand der Bläschen nicht wie bei dieser Veränderung aus mehrschichtigem Epithel, sondern aus einschichtigem flachem Endothel besteht, der Inhalt der Bläschen wird aus reiner Lymphe gebildet. Ein echtes Lymphangiom läßt sich schon ohne schwerer, histologisch überhaupt nicht, ausschließen, dazu fehlt es aber an einer Endothelproliferation, ferner spricht auch der in den tieferen Schichten des Koriums nachweisbare Zusammenhang der Ektasien mit normalen größeren Lymphgefäßen dagegen. Die meisten Anhaltspunkte bieten immerhin die Anamnese und der klinische Befund für die richtige Differenzierung.

Zahlreiche ältere Autoren glauben die Möglichkeit sekundärer Lymphgefäßerweiterungen bestreiten zu können, da es ihnen auf experimentellem Wege nicht gelungen war, eine Stauung hervorzurufen. Sie weisen darauf hin, daß der Kreislauf der Lymphe nicht in einem geschlossenen Röhrensystem vor sich geht wie der des Blutes, sondern daß die Lymphe im Endergebnis in den interzellulären Lymphspalten zirkuliert. Durch die kompensierende kollaterale Zirkulation werden der Lymphe Wege eröffnet, die theoretisch eine Stauung der Lymphe auch im Falle der Unterbindung oder Zerstörung der zahlreichen Lymphgefäße eines Gebietes verhindern. Diese theoretische Überlegung wurde aber durch praktisch-klinische Erfahrungen schon lange widerlegt. Wir wissen, daß sich in den Lymphwegen angeborene oder erworbene so hochgradige Veränderungen einstellen können, daß es auf großen Gebieten zur Stauung bzw. in den dünnwandigen oder in lockeres Gewebe eingebetteten (z. B. im Papillarkörper) Lymphgefäßen zu hochgradigen Erweiterungen kommen kann. Als derartige Faktoren kommen in Betracht: gewisse Entwicklungsanomalien im Korium oder in der Subkutis, bösartige Geschwülste, Traumen bzw. Operationen, endlich gewisse Infektionskrankheiten, in deren Folge es zur Zerstörung der Lymphknoten und Lymphgefäße eines Gebietes kommen kann, wie z. B. Tuberkulose, Rotlauf, Filariose. In der Anamnese unseres Falles finden sich gleich zwei der hier aufgezählten Faktoren, und zwar die Tuberkulose der benachbarten Lymphknoten und die wiederholten Operationen.

Gegen die Annahme eines Neoplasmas und für die Stauungsektasie sprechen außer der Anamnese und dem histologischen Befund auch noch andere Daten. Aus der Lokalisation der Veränderungen kann man auf die Art der Erkrankung keine Schlüsse ziehen, da in der Umgebung des Genitales sowohl die eine als auch die andere Krankheit beobachtet wurde, und zwar Lymphangiom von AUDRY und DANLOUS, ENGMAN und MOSS, HEUSS, KAUFMANN-WOLF, KINGBURY, LESSER, NOBL u. a., Lymphangiektasie von BORNEMANN, KAPOSI, MÜLLER, TÜRK, JUSTUS u. a. Der Umstand jedoch, daß die Bläschen und Gewächse nicht ein umschriebenes kleines, sondern ein großes Gebiet der Haut befallen, daß sie zwischen tiefgreifenden, harten keloiden Narben in großer Zahl in Form einzelner voneinander durch anscheinend normale Hautpartien getrennter Inseln eruptionsartig zu gleicher und wahrscheinlich in kurzer Zeit entstanden sind, läßt die Annahme eines Neoplasmas als unberechtigt erscheinen.

Es ist aber noch eine Frage zu besprechen, und das ist die Frage der Filariose. Bei der Tagung der Ungarischen Dermatologischen Gesellschaft am 26. Mai 1929 wurde von NEUBER ein aus Ungarn stammender Fall von Filariose vorgestellt, bei dem am Skrotum ähnliche Veränderungen wie in unserem Falle zu sehen waren. Angeregt durch diesen Befund gingen wir daran, auch in unserem Falle nach Filarien zu fahnden. Die in dieser Richtung vorgenommenen Untersuchungen, die in zwei Untersuchungsreihen längere Zeit hindurch sowohl während der Tages- als auch während der Nachtstunden vorgenommen worden waren, ergaben sowohl im Nativpräparat als auch im gefärbten Präparat unter Verwendung der Anreicherungsverfahren nach FÜLLEBORN bzw. ROSS trotz gründlichstem Suchen bis heute ein negatives Ergebnis. Obwohl wir die diesbezüglichen Untersuchungen noch wiederholen wollen, müssen wir schon heute be-

Digitized by Google

merken, daß zwischen unserem Falle und dem von Neuber mitgeteilten, sowohl was die Anamnese als auch was das klinische Bild anlangt, ein großer Unterschied besteht.

Zu dem in Nr. 21 dieses Jahres dieser Zeitschrift von Weinberger mitgeteilten Fall von Lymphskrotum habe ich zu bemerken, daß in unserem Falle weder am Skrotum noch am Penis eine Veränderung zu finden war, man also hier nicht von „Lymphskrotum" sprechen kann.

3. Ein Karzinom vortäuschendes Fibroepithelioma angiomatodes am Penis

Am 29. Dezember 1928 wird ein 32jähr. Handwerker auf die Station der Klinik aufgenommen. Familienanamnese belanglos, keine vorhergegangenen Geschlechtskrankheiten. Vor 4 Jahren bemerkte der Kranke an der dorsalen Fläche des Sulcus coronarius penis ein unebenes knolliges linsengroßes Gebilde, welches sich im Laufe der Jahre vergrößerte, anfangs erst auf die innere Fläche, später auch auf die äußere des Präputiums übergriff. Während des letzten Jahres wuchs das Neugebilde bedeutend rascher, es verbreitete sich alsbald über die ganze Haut der Pars pendula, nahm ein blumenkohlartiges Aussehen an und führte zur Phimose; dabei entstanden an der Haut der Peniswurzel Abszesse und eiternde Gänge. Auf Anraten seiner verschiedenen behandelnden Ärzte wurde wiederholt die WR (mit einem dem Kranken unbekannten Ergebnis) ausgeführt. Mit größeren oder kleineren Unterbrechungen unterzog er sich wiederholt einer antisyphilitischen Kur (verschiedene Injektionen), jedoch ohne jeden Erfolg. Zuletzt wurde er mit Karzinomverdacht an die Klinik gewiesen.

Abb. 5

Status praesens: Abgemagerter, blasser Mann. Die inneren Organe o. B., im Harn keine pathologischen Bestandteile nachweisbar, Blutbild normal, WR negativ. Abgesehen von der Gegend des äußeren Genitales bietet die Haut sowie der Lymphapparat ein normales Aussehen. Der Penis ist mächtig verdickt, an seinem distalen Ende erreicht er Mannsfaustgröße, das proximale Ende ist schmäler (Abb. 5). Die oberen zwei Drittel des Präputialrandes scheinen normal, das untere Drittel ist zerfallen. Das distale Drittel der Glans ist von normalem Äußeren, mehr läßt sich davon nicht zum Vorschein bringen. Das Orifizium und die sichtbare Schleimhaut der Harnröhre zeigen keine Veränderung. Die Haut an der äußeren Fläche des Präputiums und des ganzen Penis zeigt blumenkohlartige Gestalt und Form. Die an der Oberfläche dieser blumenkohlartigen Masse sichtbaren Erhöhungen sind von verschiedener Größe und unregelmäßiger Gestalt, stellenweise zeigen sie eine papilläre Oberfläche, an anderen Stellen wieder sind sie von glattem Epithel bedeckt, ihre Farbe wechselt zwischen rotbraun und rötlichblau, an den Spitzen sind sie an vielen Stellen mit einem weißlichen Belag bedeckt, ihre Konsistenz ist mäßig kompakt, doch kann sie nicht hart genannt werden. Der Boden der zwischen diesen Erhöhungen gelegenen Vertiefungen ist stellenweise vernarbt und mit Epithel bedeckt, an anderen Stellen erscheint dieser exulzeriert und mit einem schmutzig-gelblichen Belag bedeckt. Das ganze Gebilde ist auf Druck kaum empfindlich, verbreitet jedoch einen außerordentlich schlechten und sehr stark penetrierenden Geruch. In der Gegend des proximalen Endes des Penis und den angrenzenden Teilen des Mons pubis findet man mehrere erbsen- bis bohnengroße subkutane Abszesse und mehrere eiternde Fistelgänge, in die man die Sonde mehrere Zentimeter weit unter die Haut des Mons pubis, des Penis bzw. des Skrotums einführen kann.

Digitized by Google

Die inguinalen Lymphknoten sind beiderseits bloß mäßig vergrößert, auf Druck etwas empfindlich, nicht auffallend fest und weder miteinander noch mit der Haut verwachsen.

Der aus den Fistelgängen und noch nicht offenen Abszessen steril entnommene Eiter enthält neben Leukozyten und Detritus pyogene Kokken, Pilzelemente sind dann weder in mikroskopischen Präparaten noch mittels Kultivierung nachzuweisen.

Auf Grund der klinischen Untersuchung waren bei Stellen der Diagnose sowohl wir als auch der konsultierende Chirurg (Prof. VIDAKOVITS) geneigt, in erster Linie an Krebs zu denken. In Anbetracht der Anamnese und einzelner Punkte aus dem Status praesens war jedoch noch manches zu überlegen. Das Alter des Kranken (28 Jahre) schloß allerdings einen Krebs nicht aus, diese Krankheit gehört aber in diesem Alter immerhin zu den Seltenheiten. Ferner sprach der Umstand gegen ein Karzinom, daß die Krankheit während der 4 Jahre ihres Bestehens den Penis zwar gewaltig deformierte, doch bestand diese Veränderung eher aus einer Apposition, denn aus einer Konsumption der Gewebe. Niemals war es zu Blutungen gekommen, die Harnröhre war stets durchgängig und in den ersten Jahren der Krankheit kam es noch zu normalen Erektionen. Der Ausgangspunkt der Veränderung war auch nicht die Prädilektionsstelle für Karzinom, der Rand des Präputiums bzw. die Eichel, im Gegenteil blieben gerade diese Stellen fast unverändert. Die narbige Verheilung des an einzelnen Stellen aufgetretenen Gewebszerfalls, die relative Weichheit der Gebilde, die kaum erwähnenswerte Schädigung der inguinalen Lymphknoten, die Abszesse und Fisteln an der Peniswurzel, das Fehlen jedweder Metastase im 4. Jahre der Krankheit sind alles Erscheinungen, die sich schwer mit dem gewohnten Bild eines Peniskarzinoms in Einklang bringen lassen.

Abb. 6

Zwecks histologischer Untersuchung wurde aus der blumenkohlartigen Geschwulstmasse an 3 Stellen je ein Stück exstirpiert und dem Universitätsinstitut für pathologische Anatomie (Prof. BALÓ) übersandt. Bei sämtlichen Schnittpräparaten wurde derselbe Befund erhoben (Abb. 6). Die konvexe Oberfläche der Gewebsstücke wird von breitem, mehrschichtigem, zum größeren Teil verhorntem Plattenepithel gebildet, von dem überall Zapfen tief in das Korium ziehen. Dabei ist das Epithel vom Korium überall scharf abgegrenzt, am Epithel sind nirgends Zeichen einer Malignität zu sehen. Das Korium enthält sehr zahlreiche und erweiterte Kapillaren, die an vielen Stellen von einem aus Plasmazellen und zum Teil auch aus Lymphozyten bestehenden Infiltrat manschettenförmig umgeben werden. Die Malignität ist auf Grund des histologischen Befundes an den Schnittpräparaten bestimmt auszuschließen.

Der histologische Befund spricht für die Diagnose: Fibroepithelioma angiomatodes, somit bildet der Fall eine atypische Form der spitzen Kondylome. An Kondylome allein, die sich bloß in extremer Weise vermehrt hatten und durch ihre Masse an einen malignen Tumor erinnern, konnten wir wegen des gleichzeitig vorhandenen Gewebszerfalls, der gangränösen Geschwüre, Abszesse und Fisteln nicht recht denken, die infiltrative Form des spitzen Kondyloms — wie sie BUSCHKE und LÖWENSTEIN an den männlichen Genitalien, F. POÓR und B. TÖRÖK aus der Nasenhöhle durch den harten Gaumen in die Mundhöhle eindringen sahen — konnte eben wegen des Fehlens des infiltrativen Charakters des Epithels im histologischen Präparat nicht erwiesen werden. Das Krankheitsbild stand neben dem Vorhandensein papillärer Neugebilde eher im Zeichen des Zerfalls und der Abszeßbildung. Dies ließe sich, was das Präputium anlangt, etwa durch den Druck der Gewebsmasse und die Sekretstauung im Präputialsack erklären, bezüglich der Veränderungen an der Peniswurzel müssen wir jedoch an eine sekundäre Infektion denken.

Digitized by Google

A. Alexander macht besonders auf den Umstand aufmerksam, daß auch bei einem für Benignität sprechenden histologischen Befund die Malignität nicht vollständig ausgeschlossen werden darf, da sie sich nicht selten später dennoch herausstellt. Da die blutige Entfernung des Neugebildes indiziert war, erwarteten wir von einer gründlicheren histologischen Untersuchung größerer Gewebsmassen und tieferer Schichten nähere Aufklärung. Wegen des schlechten Allgemeinbefindens des Kranken, wegen der Abszesse und Fistelgänge wollten wir uns mit der Strahlenbehandlung allein nicht begnügen, sondern hatten nach Übereinkommen mit dem beratenden Chirurgen die Absicht, außer der Bestrahlung auch noch die Abszesse zu öffnen, die Fistelgänge zu spalten und bei möglichster Schonung der normalen Teile des Penis die papillären Gebilde abzutragen. Der Kranke erbat jedoch Bedenkzeit, verließ die Klinik und entzog sich so einer weiteren Beobachtung.

4. Eine seltene Penisverletzung

Im April 1923 meldete sich ein 23jähr. Student mit folgender Anamnese in der Sprechstunde: In der vergangenen Nacht versuchte er im fahrenden Eisenbahnzug einen Coitus in situ naturali. Kurze Zeit nach erfolgter Immission blieb der rasch fahrende Zug plötzlich stehen, wobei er samt seiner Partnerin von der Bank zu Boden geschleudert wurde. Im ersten Augenblick des Fallens verspürte Patient einen heftigen Schmerz im Penis und beim Aufstehen bemerkte er, daß der Penis aus einer Wunde in der Gegend des Collum glandis heftig blute. Da die Blutung durch einen Verband mit dem Taschentuch zwar etwas nachließ, aber nicht zum Stillen gebracht werden konnte, mußte er den Zug verlassen und sich von einem Arzt einen Druckverband anlegen lassen. Der Kranke meldete sich bei mir etwa 6 Stunden nach erfolgtem Trauma.

Status praesens: Der Penis ist mäßig geschwollen, rot, die nach hinten geglittene Vorhaut mäßig ödematös. Am dorsalen Teil des Sulcus coronarius unmittelbar hinter dem Collum glandis, mit diesem parallel verlaufend, eine etwa 2 cm lange, lineäre Rißwunde der Haut; bei dem Auseinanderziehen der Wundränder entsteht abermals parenchymatöse Blutung. Die Wundränder sind regelmäßig und ziemlich scharf, die Tiefe der Wunde beträgt etwa 1 mm, ihr Boden besteht aus zähem Bindegewebe. Der proximale Rand zeigt einen schmalen, blutig infiltrierten Streifen; gegenüber der Wunde sieht man an der Corona glandis ein bohnengroßes subkutanes Hämatom.

Was den Mechanismus des Zustandekommens dieser Verletzung anlangt, hat man mit zwei Möglichkeiten zu rechnen: Entweder wurde das Präputium plötzlich heftig nach hinten gezogen, oder die Glans wurde plötzlich in starker Anteflexion abgebogen; gegen die erste Annahme spricht, daß die Vorhaut unverletzt blieb, es ist an derselben weder eine Abschürfung, noch eine Quetschung, noch ein Hämatom zu sehen, während das an der Glans sichtbare Hämatom für eine Quetschung der letzteren spricht. Die extreme Anteflexion der Glans könnte nach der — mir allerdings auch nicht restlos glaubwürdig erschienenen — Anamnese auf zwei Arten zustande gekommen sein. Entweder ein heftiger Schlag auf den bereits sich extra vaginam befindlichen Penis — etwa ein direktes Auffallen auf diesen —, oder aber ein stumpfes Trauma, welches den Penis noch intra vaginam traf. Nach den Angaben des Kranken wäre der letztere Fall anzunehmen, da er den heftigen Schmerz noch in dieser Lage, im ersten Augenblick des Stürzens verspürte, dafür würden auch die in der subinguinalen Gegend und an den Wäschestücken der Frau sowie am Rande der Wagenbank gefundenen Blutspuren sprechen.

Auf Grund der Anamnese und des objektiven Befundes kann man sich daher den Mechanismus so vorstellen, daß infolge des plötzlichen Sturzes der erigierte Penis mit der Glans an den unteren Rand der Symphyse der Frau anstieß, daß dabei die Corona glandis vielleicht für einen Augenblick auch in die Symphyse eingehakt und dadurch in die extreme Anteflexion gebracht wurde.

Die Verletzung, die in Anbetracht der Häufigkeit anderer Verletzungen am männlichen Gliede während des Koitus — Frenulum-, Präputiumrisse, Abschürfung der inneren Fläche der Vorhaut u. a. — immerhin zu den Seltenheiten gehört, heilte nach einigen Ligaturen in kürzester Zeit p. p.

Literatur

Callomon, Die nichtvenerischen Genitalerkrankungen, 2. Aufl. — Scherber, Jadassohns Handb. d. Haut- u. Geschlechtskrkh., Bd. 21. — Luithlen, Mraceks Handb., Bd. 10. — Kaposi, zit. nach Luithlen. — Hallopeau u. Goupil, zit. nach Besnier-Brocq-

Digitized by Google

Jacquet, Pratique dermatologique. — Darier, Precis de dermatolog. — Kyrle. Histobiologie d. Hautkr. — Gans, Histopathologie der Haut. — Audry, Dalous, Engman, Mook, Heuss, Kaufmann-Wolf, Kingbury, Lesser, Nobl, Bornemann, Kaposi, Müller, Türk, zit. nach Gans. — Justus, Ung. Dermat. Gesellsch, 4. Mai 1928. — Neuber ebenda, 26. Mai 1929. — F. Poór u. B. Török, Poór, Dermatologia, Budapest 1922. — Weinberger, Derm. W., 1929, Nr. 21.

Aus der Dermato-venerologischen Klinik in Brünn (Vorstand: Prof. Dr. Anton Tebr

Beitrag zur Kenntnis der Lues congenita in zweiter Generation

Von

Prof. Dr. Anton Tebr

Es soll nur ganz kurz über eine interessante Familienlues berichtet werden, welche trotz ihrer fast klassischen Ausbreitung und Zahl der Behafteten doch leider keinen einwandfreien Beweis liefern kann, daß die Lues in die zweite Generation übergegangen ist.

Großvater in seinem 46. Jahre an Herzaffektion gestorben, welche ärztlich bewiesen luetischer Basis war.

Großmutter ohne Erscheinungen, lehnt eine Blutuntersuchung und jede nähere Untersuchung ab mit hartnäckiger Behauptung, sie wäre immer gesund gewesen. Jedoch besteht eine deutliche Anisokorie bei ihr. Ihre Schwester, die lange Zeit in der Familie lebte, war die letzten Jahre schwer ataktisch und starb an Tabes dorsalis.

Kinder dieser Großeltern: Die ersten zwei Kinder kamen tot zur Welt. Dann war eine Tochter M. Nach ihr wieder ein totes Kind. Dann Tochter An. Nach ihr wieder ein totes Kind. Dann Tochter Ad. Dann ein Sohn Fr. und der letzte Sohn J.

Von den lebenden Kindern waren anamnestisch alle immer gesund. Als erster ist der vorletzte Sohn Fr. an Unterschenkelgeschwüren in seinem 18. Jahre erkrankt, woraus sich eine serokomplette Lues gummosa entpuppte.

In dieser Zeit war schon die älteste Tochter M. verheiratet. Ihre erste Geburt war im 7. Monate eine mazerierte Frucht, nachher kam eine scheinbar gesunde Tochter E., dann wieder eine mazerierte Frucht im 7. Monate, und schließlich eine gesunde Tochter S.

Die kleine Tochter E. (die erste Enkelin) erkrankte in ihrem 4. Jahre an einer Augenerkrankung. Diagnose: serokomplette Keratitis parenchymatosa. Bei dieser Gelegenheit wurde ihre Mutter M. untersucht, war serokomplett. Obzwar sie fest behauptete immer gesund gewesen, wurde sie wegen WR +++ einigemal spezifisch behandelt. Blieb jedoch stets serokomplett. Ihre jüngste Tochter S., 3 Jahre alt (zweite Enkelin) war ganz gesund und seronegativ.

Während der Behandlung der Mutter M. und der kleinen E. erkrankte der jüngste Sohn J. (Onkel der beiden Enkelinnen) an einer Keratitis parenchymatosa, war serokomplett und ist auch so trotz einiger Kuren geblieben.

Die Tochter Ad. lebt entfernt, soll gesund sein und auch gesunde Kinder haben. (Sie wurde von uns nicht untersucht.) Tochter An. seronegativ, symptomlos, hatte nach vierjähriger Ehe einen spontanen Abortus, nachher kinderlos.

Es wäre kaum zu zweifeln, daß es sich bei der Enkelin E. mit serokomplette Keratitis um eine kongenitale Lues der zweiten Generation handelte, wenn —. Und da ist eben die Lücke des einwandfreien Beweises: ihr Vater (Gatte der Tochter M.) sträubte sich gegen jede Untersuchung mit der Behauptung, er wäre immer gesund gewesen. Als er sich doch einmal zur Blutabnahme bewegen ließ, war die WR ++. Er beharrte jedoch bei seinen Behauptungen und lehnte jede Behandlung ab.

Es ist unzweifelhaft, daß es sich bei der Tochter M. um eine kongenitale Lues handelt, welche jedoch (außer der WR) bis heute, wo sie kaum 28 Jahre alt ist, symptomlos blieb. Es könnte jedenfalls auch eingewendet werden, daß die serokomplette WR kein Beweis für ihre kongenitale Lues wäre. Doch hätte der tüchtige Familienarzt, der die Frau bei ihren Geburten und auch sonst immer behandelte, etwas von einer Infektion wissen müssen, besonders wo er von der Krankheit in ihrer Familie [illegible]

Digitized by Google

gewußt hat und alle ihre Mitglieder in dieser Richtung hin besonders aufmerksam beobachtet hat. Die WR ++ bei ihrem Gatten läßt kaum zweifeln, daß er luetisch ist, obwohl er behauptet, daß er nie krank und nie behandelt wäre außer einer Gonorrhoe. Nun können drei Möglichkeiten bestehen: 1. Entweder handelt es sich bei der kleinen E. um eine Lues congenita der zweiten Generation, 2. oder es ist eine Lues congenita der ersten Generation, infolge einer Superinfektion der Mutter von seiten ihres Gatten (eine Infektion oder Reinfektion halten wir für ausgeschlossen), 3. oder es gibt schließlich eine Möglichkeit, daß die Lues des Vaters eine Infektion von seiten der kongenitalluetischen Mutter ist. Jedenfalls handelt es sich bei der kleinen E. um eine Lues congenita, und es wäre überflüssig, auf die X der drei Punkte einzugehen. Wir müssen alle diese drei Möglichkeiten zulassen, da wir weder Beweise noch Gegenbeweise liefern können.

Nach alle dem, was wir nach der jahrelangen Beobachtung der eben geschilderten Familie sagen können, ist, daß unseren Untersuchungsmöglichkeiten und Überzeugung nach die kongenitale Lues der kleinen E. tatsächlich eine Lues congenita der zweiten Generation ist, bei der die Lues des Vaters germinativ keine Rolle gespielt hat. Allerdings sprechen wir es nur als unsere Überzeugung aus, die wir nicht beweisen können.

Aus der Frauenabteilung für Haut- und Geschlechtskrankheiten des allgem. staatl. Krankenhauses Lwów (Lemberg) (Prim. Dr. R. v. Leszczyński)

Ein Fall von Pseudosyphiloma anorectale mykotischer Ätiologie (Kladiosis)

Von

Dr. Ludwig Fleck

Mit 3 Abbildungen im Text

Die 26jähr. Frau N., in der Stadt wohnhaft, von Beruf Hausbesorgerin, meldete sich im Ambulatorium der Abteilung wegen Geschwüren im After, die seit vier Jahren bestehen und seit einiger Zeit stark bluten. Ist in einem Provinzspital antiluetisch ohne Erfolg behandelt worden, trotzdem die Blutproben immer negativ waren.

Familienanamnese und interne Untersuchung der stark herabgekommenen Patientin o. B. Die Inspektion der genito-analen Gegend ergab: rings um den After einige etwa erbsen- bis bohnengroße, zum Teil exulzerierte Knoten. Manche sind hart oder prall elastisch, die anderen weich und blumenkohlartig zerklüftet. Zwei oder drei Knoten sitzen auf zentimeterlangem Stiel, der in den After führt. Die Knoten sind rotviolett verfärbt, manche haben einen braunen Farbton. Aus dem Rektum fließt blutig eitriges Sekret, der in den Mastdarm eingeführte Finger fühlt weit hineinragendes infiltriertes und zerfallenes Gewebe. Auf dem linken Schenkel, unterhalb der Leistengegend befinden sich zwei etwa zentimetergroße Geschwüre von braunbläulicher Farbe, mit granulösem Untergrund und schmierigem Belag. Die Leistendrüsen sind nicht vergrößert, keine Narben sind in dieser Gegend sichtbar, anamnestisch keine Bubonen feststellbar.

Die Blutuntersuchung: WR, SGR und MR negativ. Im Blutbild: Stabförmige 5,5%, Segmentierte 42%, Eosinophile 3,5%, Basophile 0,5%, Monozyten 4,5%, Lymphozyten 44%. Leukozyten 8000 pro Zentimeter. Anämie leichten Grades. Urin normal.

Rektoskopie zeigt Knoten und syphilisähnliche Ulzera im Rektum. Histologische Untersuchung (Prim. Dr. Janusz) ergab: weitgehende Akanthose und Parakeratose. Zwischen den Zellen des Stratum cylindricum und spinosum findet man Ansammlungen eines körnigen braunen Pigmentes. In der Kutis viele plasmatische Zellen, die an manchen Stellen zusammen mit den Lymphozyten und epithelioidalen Zellen große Nester bilden. In den Gefäßen deutliche Proliferation der Endothelien, um die Gefäße kleinzellige Infiltration. Einige Mastzellen, vereinzelte Riesenzellen. Das Ganze entspricht dem Bilde einer chronischen Entzündung, ist aber weder für Tuberkulose noch für Lues charakteristisch.

Bakteriologische Untersuchung auf Spir. pallida, Ducrey-Unnasche Stäbchen, Gonokokken und Kochsche Bazillen negativ. Die mikroskopischen Präparate zeigten un-

Digitized by Google

charakteristische gemischte Bakterienflora, im Eiter geschlossener Knoten keine Bakterien. Kultur nach Löwenstein auf Tuberkulose blieb negativ, Meerschweinchenimpfung desgleichen.

Der durch Punktion geschlossener Knoten gewonnene Eiter wurde nach der Methode von de Beurmann und Gougerot untersucht und ergab spärliche kugelige oder ovaläre hyaline Gebilde von 2—6 μ, manche vakuoliert, die an Gougerotsche Schatten oder Hefezellen erinnerten. Myzelfäden konnten nicht nachgewiesen werden.

Autoinokulation, mit diesem Eiter unter Uhrglas auf der Haut des Oberschenkels der Patientin ausgeführt, zeigte nach 4 Tagen ein kleines braunbläuliches Knötchen mit geringer Rötung der Umgebung und sehr geringer Schmerzhaftigkeit. Nach einigen Tagen zerfiel der Knoten, es entstand ein tiefes Geschwür mit wulstigen Rändern. Dann begann der Untergrund zu granulieren, und am 9. Tag nach der Impfung glich die Effloreszenz genau den anderen Geschwüren der Kranken. Am 10. Tage begann spontane Involution des Impfgeschwürs. Nun haben wir am 6. Tage nach der Impfung eine zweite Inokulation vom ersten Impfknoten, der eben zu zerfallen begann, vorgenommen. Die Impfung wie auch eine dritte Passage ging an und entwickelte dasselbe Bild, wenn auch in etwas beschleunigtem Tempo und schwächerer Form. Gleichzeitig hatten wir den Eindruck, als ob die anderen Geschwüre der Kranken sich rückzubilden begönnen. Jedenfalls ist die Eiter- und Blutabsonderung aus dem Rektum spärlicher geworden.

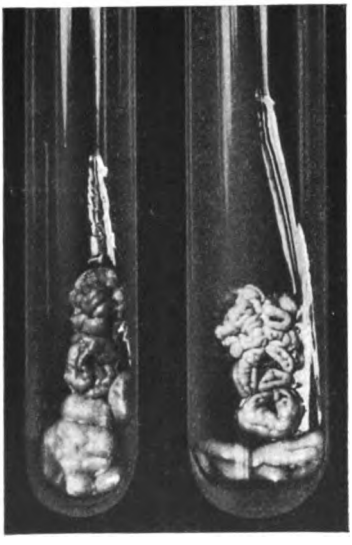


Abb. 1. 2 Wochen alte Kultur auf Sabour. mil. d'épreuve

Unterdessen haben wir Kulturen auf Pilze angelegt, und zwar sowohl vom Eiter als auch von Gewebsstückchen aus den Inokulationsgeschwüren. Als Nährboden wurde Bierwürze und Agar nach Plaut und Grütz verwendet. Nach etwa 10 Tagen erschien am Boden einiger Bierwürzeröhrchen ein feiner weißer Knäuel, der aus Myzelfäden bestand, auf Agarplatten etwa stecknadelgroße weiße, feucht glänzende, undurchsichtige Kolonien. Das Wachstum dieser ersten Pilzgeneration war sehr langsam, nächste Generation wuchsen viel schneller, aber immer besser bei Zimmertemperatur, als im Thermostat.

Auf sauren Nährböden entstanden scharf begrenzte weiße, dicke, glänzende Kolonien mit radiär leicht gefranstem Rand, die sich später zerebriform falteten. Mit zunehmendem Alter färbt sich die Kolonie von der Peripherie aus grau, dann braun. Später wird die Kolonie matt, wie bestäubt, es entwickelt sich ein zarter Flaum, auch wächst der Pilz auf der Glaswand empor.

Auf alkalischem und zuckerarmem Nährboden ist das Wachstum geringer, mehr flächenhaft, Pigment- und Flaumbildung intensiver. Es kommt nicht zur zerebriformen Fältung.

Das Pigment ist in Wasser, Alkalien, Säure, Alkohol und Äther unlöslich. Es ist in den unten beschriebenen Sporen enthalten.

Gelatine wird langsam verflüssigt, Zuckerlösungen nach längerer Zeit schwach gesäuert.

Nach vielen Umimpfungen zeigte sich Neigung zur Pleomorphie, die als uncharakteristischer, weißer, flächenhaft ausgebreiteter Flaum erschien.

Die mikroskopische Untersuchung des Pilzes ergab lange, vielfach verzweigte septierte Myzelfäden. Die Dicke schwankt zwischen 2—6 μ, die Septierung und Verzweigung ist unregelmäßig, das Protoplasma ist gekörnt, manchmal in älteren Kulturen vakuoliert. In hängenden Tropfen entwickelten sich nach 3—4 Tagen perlschnurartig kugelige Sporen auf kurzem Stiel, 4—6 μ im Durchmesser, und zwar so, daß die ältesten und größten distal liegen (im Bilde nicht gut sichtbar). Die peitschenartigen Sporenketten ballen sich auch manchmal zu länglichen Klumpen. In älteren Kulturen findet man auch stark lichtbrechende Chlamydosporen, rund oder oval, 2—6 μ, in den Fäden

Digitized by Google

gelagert. Auch den Sabouraudschen „vrilles" ähnliche Gebilde findet man manchmal. Es konnten keine Perithezien oder dgl. beobachtet werden.

Der Pilz entspricht nach Wachstumverhältnissen und Sporenbildung wohl am meisten dem von Bloch und Vischer 1911 in gummöser Hautaffektion entdeckten und als Mastigocladium Blochii von Matruchot beschriebenen. Der Name stammt vom peitschenschnurartigen „Konidienträger, an dem geißelartig die geschwungene Sporenschnur hängt".

Vuillemin zählt den Pilz bekanntlich zu Scopulariopsis. Das Krankheitsbild wird als Kladiose geführt.

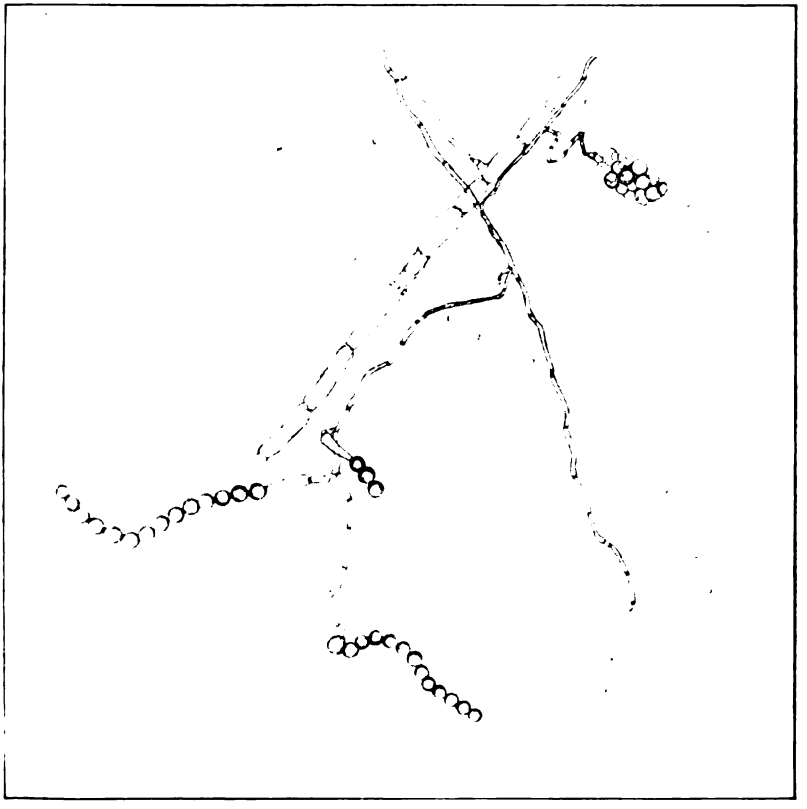


Abb. 2. Myzelien, Sporenketten. Zeiß (DD) Tubus 160, Zeichenokular IV

Ähnliche Pilze sind von Jannin aus einer gummösen Handgelenkaffektion (Scopulariopsis Koningi) und von Sartory aus gummöser Hautaffektion am Gesäß gezüchtet worden. In den Tropen fand Boucher in ähnlichem Falle Scopulariopsis ivorensis.

In unserem Falle war Sporenagglutination in Verdünnung 1 : 300 mit dem Serum der Kranken positiv. Wir haben die Sporenaufschwemmung nach der üblichen Art durch Filtration einer Kulturemulsion vorbereitet. Komplementbindung mit der Emulsion ergab Hemmung der Hämolyse.

Die Kutanreaktion mit durch Erhitzung und Phenolierung inaktivierter und bis unter die Grenze normaler Reaktivität verdünnter Emulsion fiel bei der Patientin sehr stark positiv aus. Es entstand 24 Stunden nach der intrakutanen Injektion (0.2 cmm) Rötung und Schmerzhaftigkeit, nach weiteren 24 Stunden ein derbes Knötchen. Das entzündliche, rote Hallo erreichte etwa 10 cm im Durchmesser. Die Reaktion blieb

Digitized by Google

4 Tage bestehen. Als Kontrollen gleichzeitig geimpfte normale Individuen reagierten überhaupt nicht oder mit ganz geringer (0,5 cm) Rötung, die am nächsten Tag verschwand.

Mäuse und Meerschweinchen, die wir mit dem Eiter der geschlossenen Knoten der Kranken impften, zeigten keine Krankheitssymptome, die Sektion blieb o. B.

Mit Sporenaufschwemmung subkutan und intraperitoneal geimpfte Meerschweinchen zeigten nach etwa 2 Wochen fortschreitende strangförmige Drüsenschwellung in der Leistengegend. Nach etwa weiteren 5 Wochen begann sich aber diese Schwellung rückzubilden. Zur Generalisierung kam es nicht. Die histologische Untersuchung der Drüsen auf der Höhe der Infektion ergab das Bild einer uncharakteristischen akuten Lymphadenitis. Pilze konnten im histologischen Präparat nicht nachgewiesen werden.

Eine etwa 3monatliche Jodtherapie erzielte bei der Patientin fast vollständige Rückbildung der Infiltrate und Knötchen und Heilung der Geschwüre unter Zurücklassen charakteristischer Narben.

Der Fall ist in doppelter Hinsicht interessant:

Erstens als Kladiose, wobei der gezüchtete Pilz eine nova species des Genus Scopulariopsis bilden dürfte. Die Krankheit ist sehr selten. Von den wenigen beschriebenen Fällen zeigte keiner eine Lokalisation im Mastdarm.

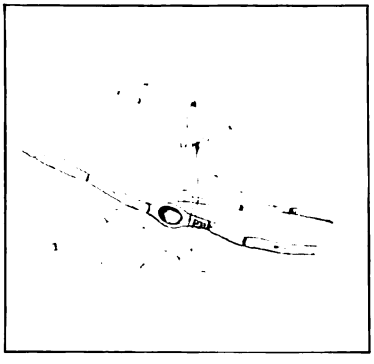


Abb. 3. Chlamydosporen. Zeiß (DD) Tubus 160, Okular IV

Zweitens liegt das Interessante und Wichtige unseres Falles in seiner klinischen Beziehung zu Syphilome anorectal. Bekanntlich hat seinerzeit Fournier diese Bezeichnung geschaffen und die entsprechende Erscheinung der Syphilis zugezählt. Jersild trennte sie von der Syphilis ab und erklärte als sekundäre Folge chronischer regionärer Lymphdrüsenänderung. Ähnlicher Ansicht ist Fr. Koch.

Diese Drüsenveränderung kann tuberkulöser Natur sein (Gougerot) oder auf Ulcus-molle-Bubonen, auch auf Mischinfektion der Drüsen beruhen. Nach Frei und Koppel ist Lymphogranulomatosis inguinalis ihre häufigste Ursache.

Entgegen der Meinung dieser Autoren konnte in unserem Falle keine Drüsenveränderung nachgewiesen werden, so daß das Leiden als primäre Krankheit erschien.

Literatur

Grütz, Sporotrichose und verwandte Krankheiten (Jadassohns Handb. d. Haut- u. Geschlechtskrkh., Bd. 11), bei Kladiose zusammengestellt. — Plaut und Grütz. Die Hyphenpilze oder Eumyzeten. Kolle-Kraus-Uhlenhuths Handb. d. Pathol. Mikroorg. Bd. 5, S. 154. — Frei, Lymphogranulomatosis inguinalis. Kl. W., 1927, Nr. 23. — Frei, Syphilome anorectal. Kl. W., 1928, Nr. 32. — Frei und Koppel, Ulcus vulvae elephantiasticum und Syphilome anorectal. Kl. W., 1928, Nr. 49. — Dort weitere Literaturangaben.

Digitized by Google

Versammlungen

Deutsche dermatologische Gesellschaft in der tschechoslowakischen Republik

Sitzung vom 2. VI. 1929

Haber: Zur Gonorrhoe des Mannes.

1. Lokale Therapie: a) chemisch: Besprechung der neueren Präparate. Acykal: Dos. 0,02—0,06/200. Gonokokken verschwinden in 6—8 Tagen. Geringe Reizerscheinungen. Wir verwenden das Präparat bei jeder Form der Gonorrhoe mit gutem Erfolge. Necaron: Dos. 0,2—0,6/200. Bei uns erst kurze Zeit in Verwendung. Noch kein Urteil möglich. Neoreargon: Selten Reizerscheinungen, starke sekretionshemmende Wirkung und überraschendes Verschwinden der Gonokokken bei manchen Fällen. Nachteil der hohe Preis des Präparates, der klinische Verwendung einschränkt. Hauptindikation die Abortivkur und die Posterior. Schema der Abortivkur nach Klausner: Durch 3 Tage 3mal täglich spritzen mit 5%igem Neoreargon. Wenn am 3. Tage die Gonokokken verschwunden sind, aussetzen mit dem Spritzen und durch weitere 3 Tage hindurch Anteriormassage über der Sonde. Nach 8 Tagen Provokation. Verwendung bei der Posterior: Nach Abklingen der akuten Reizerscheinungen 1mal täglich spritzen lassen mit ½%iger Lösung. Baldige Klärung der zweiten Harnportion. Weiterbehandlung mit steigenden Konzentrationen. Statt Lösung evtl. Neoreargon-Urethralstäbchen. Komplikationen kann auch dieses Präparat nicht verhüten. Targesin: Dos. 0,5—5,0/200. Verwendung bei den verschiedenen Formen der Gonorrhoe, mit gutem Erfolge. Transargan: Nach Erfahrungen unserer Klinik leistet das Präparat nichts über dem Durchschnitt. Die Gonokokken verschwinden in 8—14 Tagen. Manchmal verursacht das Präparat starkes Brennen. b) mechanisch: Massage über der Sonde ist unsere wichtigste Hilfe bei Behandlung der chronischen Urethritis, die zumeist durch Infiltration der Littréschen Drüsen bedingt ist. Daran anschließend Druckspülung. Dies bildet auch den Abschluß der Behandlung bei jeder Urethritis. Versicht zugleich die Funktion einer Provokation. Prostatamassage wird abgelehnt, da sie durch Traumatisierung der schon entzündlich geschädigten Drüse mehr Schaden als Nutzen stiften kann. Die heilende Hyperämie ist milder zu erreichen durch heiße Sitzbäder und Diathermie. Bei hinter Prostatitis bewährten sich die Glukanalsuppositorien (Norgine). Wir sahen Schmerzlinderung und rasche Klärung der zweiten Harnportion. Paraurethrale Gänge wurden durch Ätzmittel oder Kaltkaustik verödet. Isolierte Gänge chirurgisch entfernt.

2. Aeridintherapie: Trypaflavin (Dosierung: 5 ccm einer 2%igen Lösung jeden 2. Tag). Gonoflavin (Dosierung: Eine Originalampulle jeden 2. Tag). Im allgemeinen gute Verträglichkeit, vorübergehende subjektive Erscheinungen, unbedenklich. Indikationen: Posterior und Komplikationen. Bei der Posterior manchmal auffallend rasche Klärung der 2. Harnportion. Bei Epididymitis und Arthritis Schmerzminderung. Verschwinden der Gonokokken nicht beobachtet. Trypaflavin lokal bot keine besseren Resultate als alle anderen Mittel. Rivanol lokal angewendet in der Dosis 1:4000 und langsam steigend ergab die besten Resultate bei akuten anteriores.

3. Vakzine- und Proteinkörpertherapie: Angewendet wurde Gonoformen und Arthigon. Beste Wirkung bei parenchymatösen Erkrankungen. Bei versagen Versuch mit Autovakzine. Kuhmilch, besser noch Hypertherman bei persistenter Posterior. Nach 1—2 Injektionen oft rasche Klärung der 2. Harnportion.

Dufke: 1. Endoskopische Untersuchung und Behandlung der männlichen Gonorrhoe.

Verwendet wird das Glingarsche Instrumentarium. Indikation: Therapieresistente Urethritiden. Bedingung: Mäßige Sekretion, dabei aber nur staubiger Harn. Positiver Gonorrhoebefund keine Kontraindikation. Bei diesen Vorbedingungen keine Komplikationen. Gute Erfolge bei Entzündung der Littréschen Drüsen und Lakunen durch Kaustik. Flächenhafte Erytheme werden durch Touchierung mit 5%iger Lapis- oder 5%iger Jodtinktur behandelt, mit gutem Erfolg. Beachtenswert sind gelegentliche Chokwirkungen auf nervöser Basis, ohne Einfluß des Anästhetikums, unter momentan bedrohlichem, kollapsartigem Bilde.

Digitized by Google

2. Behandlung der gonorrhoischen Urethritis mit Formalin- und Joddämpfen.

Benutzt wurde die von Monis angegebene Apparatur, im wesentlichen nach den von ihm angegebenen Behandlungsvorschriften. Modifikation insofern, daß bei starkem Ausfluß Anteriorspülung mit Hypermanganlösung der Dampfapplikation vorangegangen ist. Applikation der Formalindämpfe von 10° auf 3—5° reduziert. Bei längerer Behandlung Gewöhnung der Schleimhaut, Ausdehnung der Behandlung auf 8°. Zur Gewinnung von Joddämpfen wurde 5% Jodtinktur 50° Leitungswasser bis zur Braunfärbung zugesetzt. Ergebnisse: 1. Effektive Heilungen können sowohl durch Formalin als auch durch Joddämpfe erzielt werden. 2. Die Formalin- und Jodwirkung reicht im allgemeinen nicht aus, um in kurzer Zeit die Gonokokken zu vernichten. 3. Durch Modifikation können die Gefahrenmomente der Methode ausgeschaltet werden. 4. Formalinrefraktäre Fälle wurden durch anschließende Jodbehandlung in kurzer Zeit geheilt. 5. Urethritis non gonorrhoica nicht dauernd beeinflußt. 6. Mit Rücksicht auf die unsicheren Ergebnisse ist breite Anwendung in der Praxis nicht anzuraten.

Samek: Physikalische Behandlungsmethoden der Gonorrhoe.

1. Diathermie. Die Domäne der Diathermiebehandlung stellt die gonorrhoische Prostatitis dar. Behandlung nicht im akuten, sondern im subakuten und chronischen Stadium, und zwar mit glänzendem Erfolg. Dasselbe gilt für die Epididymitis, Arthritis, Tendovaginitiden und Achillodynien. 2. Röntgentherapie kommt nur als Unterstützungstherapie in Betracht. Kein Effekt bei Schleimhautgonorrhöe. Äußerst erfolgreich Bestrahlung gonorrhoischer Gelenkserkrankungen. Je akuter der Fall, um so bessere Erfolge. Kupierung nach wenigen Stunden (Guhrauer) konnte nicht festgestellt werden. Kein Unterschied der Ansprechbarkeit großer und kleiner Gelenke. Nach 24 Stunden auffallende sedative Wirkung. Aber auch deutlich kurativer Effekt, selbst in den schwersten Fällen. Bestrahlt wird mit Schwerfilter und 1—2mal ¼ HED. Bei Epididymitis und Prostatitis kann dem Pat. über das akuteste Stadium durch die sedative Wirkung der X-Strahlen hinweggeholfen werden. Bei einer einmaligen Dosierung von 20% der HED unter 3 mm Al konnten wir bei den versuchsweise bestrahlten Fällen niemals eine Störung der Spermatogenese feststellen. Ebenso kommt es bei dieser vorsichtigen Dosierung nie zu Abszedierung. Wichtige Indikationen bieten die Tysonitiden, größere periurethrale Infiltrate und Cowperitiden, bei denen wir fast durchweg mit ¼ HED unter 3 mm Al bestrahlten und die Kupierung des Prozesses im Sinne der Resorption oder rasche Abszedierung beobachten konnten. Eine Domäne der Röntgentherapie stellt die Bartholinitis dar. Keine Erfahrungen über Behandlung der weiblichen Adnexe.

Fischer, E.: Frauengonorrhoe.

Besprechung der Bedeutung der Urethritis und Proktitis für die Chronizität der Frauengonorrhoe und ihre lokale Behandlung (Eigenblutumspritzung) als Behandlung der akuten Bartholinitis. Bei der Behandlung der Gonorrhoe des Uterus und seiner Adnexe größtmöglicher Konservativismus. Nebst Lokaltherapie der Zervix wird besonders der Vakzinetherapie das Wort geredet. Von Acridin kann nicht besonders Günstiges berichtet werden. Heilungsziffer der Ambulanzfälle 75% bis zu 6 Monaten dauernder Behandlung.

Klausner: Neoreargon-Therapie.

Er behandelt seit 5 Jahren alle Formen der Gonorrhoe (Männer, Weiber und Kinder) ausschließlich mit Neoreargon. Nach langwierigen Versuchen ist es gelungen durch Zusatz von Rindergalle das Auftreten der Kolibakteriurie zu verhindern. Das Präparat wird dadurch leicht löslich und zeigt größere Tiefenwirkung, so daß Konzentrationen von 1—3% ausreichen. Neoreargon gestattet sichere und rasche Arbortiv- bzw. Schnellheilung. Die Littréschen Drüsen sind der häufigste Grund scheinbarer Mißerfolge. Deshalb unbedingte Sondenbehandlung. Bei Posterior gestattet Neoreargon wohl als einziges Präparat eine wirksame Lokalbehandlung auf dem Wege der Anterior. Bei Zervizitis hat sich Neoreargon (in Pulverform) auch ordentlich wirksam erwiesen. Bei Vulvovaginitis kleiner Mädchen sichere Wirkung.

Hecht: 1. Serodiagnostik der Gonorrhoe.

Obwohl die Anfänge der Gonoreaktion in das Jahr 1906 fallen, hat es 2 Jahrzehnte gedauert, bevor sie größere Bedeutung bekommen hat. Benutzt werden zwei Methoden: 1. die mit inaktivem Serum, die in der Technik der Originalmethode von Wassermann gleicht, und 2. die Aktivmethode, die sich in ihrer Technik an die bei Syphilis gebrauchte aktive Methode anschließt. Bei unkomplizierter Gonorrhoe der

Digitized by Google

Mannes stellt die Gonoreaktion keine besondere Bereicherung unseres diagnostischen Schatzes dar. Dagegen ist sie bei Komplikationen, insbesondere bei Epidydimitis und Arthritis, fast stets positiv und sehr häufig bei Prostatitis. Immerhin stellen aber Benech und Dombray fest, daß sie mittels der Serodiagnose um 25% mehr Diagnosen bei Prostatitis stellen konnten als mit allen anderen Methoden. Bei Uterus- und Adnexerkrankungen bewährt sich die Gonoreaktion ganz besonders und ist heute schon in dieser Beziehung vollkommen anerkannt. Nur darf man bei der Beurteilung einiges nicht vergessen: Die Gonoreaktion wird dort, wo sie positiv war, 3—5 Wochen nach der Heilung negativ. Positivbleiben nach klinisch eingetretener Heilung ist ein prognostisch schlechtes Zeichen. Auch darf man nicht vergessen, daß Vakzinenbehandlung eine positive Gonoreaktion auslösen kann. Nur bleibt diese nicht länger als einige Wochen bestehen. Auch ist es wichtig zu wissen, daß Fälle mit positiver Luesreaktion bezüglich der Gonoreaktion vorsichtig beurteilt werden müssen, weil man manchmal sogenannte Mitreaktion beobachtet.

2. Konstitution bei Gonorrhoe.

Der Verlauf einer Gonorrhoe ist abhängig: a) von dem anatomischen Bau der Harnröhre. Es gibt Menschen, deren Harnröhre fast einem glatten Schlauch gleicht, so daß Infektion der Drüsen und Nebenorgane fast nicht vorkommt. Dann gibt es Menschen, bei denen jede Gonorrhoe durch Infektion der Drüsen und akzessorischen Gänge ein bedrohliches Krankheitsbild darstellt. b) Von großem Einfluß ist die Vitalität des betreffenden Gonokokkenstammes. Es gibt schwere und leichte Infektionen, es gibt Stämme, die mit Vorliebe Nebenorgane und Gelenke ergreifen. c) Verschiedene Menschen sind gegen Gonokokken verschieden empfänglich. d) Der Verlauf der Gonorrhoe hängt vom Berufe des Infizierten ab.

3. Abortivbehandlung.

Mit jedem Silbersalz kann bei günstigen Fällen rascher Erfolg erzielt werden. Prinzip ist, höchstens 2 Tage nach der Infektion zu beginnen. Man kann 5%iges Hegonon oder Protargol oder 3%iges Albargin nehmen. Zu empfehlen ist Anästhesierung mit 2%igem Novokain. Höchstens 2 Injektionen täglich, die der Arzt selbst durchzuführen hat. In 50% sind nach wenigen Tagen die Gonokokken verschwunden. Ein Teil der übrigbleibenden 50% verläuft leichter als normal, ein Teil heilt in ungefähr 8 Wochen und ungefähr 10% bekommen Komplikationen.

4. Milde Gonorrhoebehandlung.

Seit 4 Jahren wird in einer großen Krankenkassenambulanz die Gonorrhoe in folgender Weise behandelt: Bei klarem Harn beginnt man sofort mit leichten Mitteln zu spritzen: Targesin, Choleval, Neoreargon, dann, wenn keine Verschlechterung, Behandlung mit Hegonon, Protargol, Albargin. Nach 6 Wochen wird das erste Präparat gemacht und bei Freibleiben von Gonokokken mindestens 6mal nach einer Provokation mikroskopisch untersucht. Bei Urethritis posterior wird mit inneren Mitteln und Vakzine (Milch) so lange behandelt, bis die zweite Portion klar wird. Bei Prostatitis werden Zäpfchen, Sitzbäder, gegebenenfalls Vakzininjektionen verordnet. Von Prostatamassage wird nur sehr wenig Gebrauch gemacht. Druckspülungen, Janetspülungen mittels Katheter, tiefe Injektionen werden überhaupt nicht gemacht. Trotzdem sind die Resultate nicht schlechter als mit anderen Methoden. Von 66 Fällen unkomplizierter Gonorrhoe kamen 35 nach 3—8 Wochen zur Ausheilung, 31 brauchten längere Zeit. 23 Fälle waren durch Epididymitis (8), Prostatitis (9), Epididymitis und Prostatitis (3), Lymphadenitis (1), Zystitis (1), Kavernitis (1) kompliziert. Diese Methode zeigt an, daß man mit jedem Mittel ohne Spülungen Klärung der zweiten Portion bekommt. Dieses Verhalten, das beim Neoreargon als besonders auffällig bezeichnet wird, ist auch bei der milden Gonorrhoebehandlung die Regel. Der zweite Harn klärt sich, wenn man die Anterior mit schwachen Mitteln behandelt.

Bandler: Mit steigender Erfahrung bestrebt sich der Arzt, die Gonorrhoe besonders im Anfang der Behandlung schonend und vorsichtig zu behandeln. Hinweis auf sichergestellte Spontanheilungen der Gonorrhoe. Die Silbersalze sind mehr oder weniger gleichwertig in ihrer Wirkung; ziemlich vage sind die Vorstellungen über die Tiefenwirkungen derselben; einige Silbersalze täuschen im Anfang einen Effekt vor (Reargon). Maßgebend scheint Beschaffenheit und Empfindlichkeit der Urethralschleimhaut, ebenso die Reflexerregbarkeit des Pat. Glänzender Verlauf im Beginne ist oft im weiteren Verlauf von schwersten Komplikationen begleitet, schwerer Verlauf im Anfang zeigt oft nach Überwindung der entzündlichen Symptome den

Digitized by Google

besten therapeutischen Effekt. Hinweis auf die rasche Heilung der langwierigsten Gonorrhoen nach Eintritt einer akuten Epididymitis oder intravenöser Vakzineinjektion mit hohem Fieber. Die Prostatamassage kann Bandler trotz theoretischer Gegensätze nicht missen, ebenso kann man die vorsichtig durchgeführte Drainspülung nicht entbehren, die oft rasche Besserung herbeiführt. Bei Posterior ist Milch- und Terpichininjektionsbehandlung sehr wirksam, ebenso die Glukanalsuppositorien, welche bei Harndrang schmerzstillend wirken.

Wagner berichtet über einen Fall von Selbstheilung einer akuten Gonorrhoe durch Ruhe, Salol und Tee.

Schröpl hat mit Transargan keine guten Erfahrungen gemacht. Es beseitigt den Ausfluß, klärt den Urin bei positivem Gonokokkenbefund und führt nicht selten zu Rezidiven. Glukanalzäpfchen haben sich bei Prostatitis sowie Posterior gut bewährt. Die Prostatamassage möchte er besonders bei subakuter Prostatitis nicht missen; Diathermie ist bei chronischer Prostatitis Methode der Wahl. Röntgenbehandlung der akuten Epididymitis lehnt er wegen Möglichkeit einer Spätschädigung ab, weil sie gegenüber anderen Methoden keine Vorteile bringt. Bemerkenswerte Erfolge hat er bei akuter Posterior und Zystitis mit Neosalvarsaninjektionen gemacht, die in 50% schlagartig Klärung der zweiten Portion bewirkten. Die endoskopische Untersuchung liefert, wenn auch selten, wertvolle Anhaltspunkte für Diagnose und Therapie, setzt jedoch eine tadellose Beherrschung der Technik voraus. In der Therapie der weiblichen Gonorrhoe, deren Erfolgen er skeptisch gegenübersteht, hat sich insbesondere bei Prostituierten eine chronisch intermittierende Behandlung relativ am besten bewährt. Die Malariatherapie wird vielleicht noch zu wenig bewertet. Für die akute männliche Gonorrhoe schließt sich Schröpl Hechts Standpunkt der milden Therapie an, für die chronische hält er sie für unzureichend. Bezüglich der inneren Behandlung hat er trotz Papaverin wiederholt Komplikationen gesehen. Er hat bei Bergarbeitern, die sich nicht schonen können, relativ seltener Komplikationen gesehen als in der übrigen Kassenpraxis.

Kristič (Großbetschkerek, S. H. S.) hat bei akuter Posterior und Zystitis mit Neosalvarsan gute Erfolge gehabt. Die Wirkung der Galle sucht er auf ihre permeabilitätssteigernde Kraft zurückzuführen, die eine größere Tiefenwirkung der Medikamente bedingt, und nicht auf ihre antiseptischen Fähigkeiten.

Sitzung vom 16. VI. 1929

Hofmann-Reichenberg: 1. Lichen ruber planus mit Beteiligung der Mundschleimhaut.

2. Sclerodermie en plaque der rechten Kinngegend.

Atrophie der rechten Gesichtshälfte und des behaarten Kopfes rechts, Abweichen der Zunge nach der erkrankten Seite.

3. Lupus erythematodes.

Diskoide Herde an Gesicht und Ohren, subakute an Nase und oberer Brust. Unter Goldbehandlung Abheilung an Gesicht und Brust. Von Temperatursteigerung und Störung des Allgemeinbefindens begleitet Auftreten bläulichweißer, schmerzhafter, sich verästelnder Flecke an der Zungenspitze, aus denen sich ein kleines seichtes Geschwür entwickelt. Zuletzt neue Plaques an Unterlippe und Mundschleimhaut.

4. Boecksches Sarkoid der Hände und Unterarme.

Nach Arsen, Gold und Röntgen Rückgang der infiltrierenden Form, keine Beeinflussung der großknotigen. Neuerliches Rezidiv an der Peripherie, einem Granuloma annulare ähnelnd.

5. Melanotische Tumoren des Unterschenkels.

Seit der letzten Demonstration Auftreten eines pflaumenkerngroßen, gelappten Tumors an Stelle der primären Efflorescenz neben reichlichen, stecknadelkopfgroßen, melanotischen Flecken.

Dub-B. Leipa: Retentio urinae.

Im Anschluß an eine Gonorrhoe, ohne organische Grundlage. Nach Zystitis trotz Klärung des Harns, Urinieren nur durch Katheter möglich. Ursache Schuldbewußtsein, Selbstbestrafung (Psychoanalyse).

Lewith, R.: Erythema chronicum migrans (Lipschütz).

46jähr. Pat. Vor 3 Wochen Zeckenbiß am rechten Oberschenkel. Vor 10 Tagen roter Fleck an der Bißstelle, der seither Handtellergröße erreichte. Zentrum livid, Rand ziegelrot mit zackigen Ausläufern.

Digitized by Google

W. Pick weist auf die Schmerzlosigkeit des Zeckenbisses auch an nervenreichen Hautstellen, wie Glans und Skrotum, hin. Diese Schmerzlosigkeit ist ein Schutz für die Art, ein zweiter die ungeheure Fruchtbarkeit der Zecke. Die jüngeren Larven leben auf Gräsern, die Nymphen und geschlechtsreifen Tiere auf Sträuchern, wartend bis ein Tier kommt, das sie abstreift. Der Stich verläuft meist reaktionslos, einmal wurde Alopecia areata um die Stichstelle beobachtet. Häufiger kommen die auch im vorgestellten Falle sichtbaren Erscheinungen vor, die dem Erysipeloid ähneln. Da Erysipeloid häufig an den Händen von Jägern beobachtet wird, die Wild ausgenommen haben, wäre eine Übertragung dieser Erkrankung vom Wild durch die Zecke als Zwischenwirt nicht unmöglich.

Lewith: Balban differentiert das Leiden streng vom Erysipeloid und es ist am wahrscheinlichsten, daß es sich um einen infektiösen Erreger handelt, der mit dem Speichelsekret der Zecke in den Stichkanal gelangt und die Hautveränderungen verursacht.

Aus der deutschen Hautklinik.

Kreibich: 1. Psoriasis pustulosa.

Wiederholt vorgestellt. Derzeit universelle Hauteruption, mit kleinen Pustelbildungen und Fieber.

W. Pick erinnert, daß die klinisch manifesten Pusteln sonst nur mikroskopisch angelegt sind, als Mikroabszesse. Pustulöse Psoriasis sehr selten, manchmal als maligner Ausgang jahrelanger universeller Psoriasis, gelegentlich auch im Anschluß an zu eingreifende Behandlung.

2. Brocqsche Krankheit.

3. Seborrhoid.

Schwierige Abgrenzung gegen Psoriasis.

4. Küttnersches Granulom.

Vorgestellt in der letzten Sitzung vom 21. IV. 1929; unter Röntgenbehandlung weitgehende Besserung.

Dufke: 1. Dermatitis herpetiformis.

Intensiver Fall. Lokal- und Allgemeinreaktion nach Applikation von 10%iger Jodjodkalisalbe.

2. Erythema induratum an Oberarmen und Unterschenkeln.

Zahlreiche, zyanotische, schmerzhafte Knoten. Lokalreaktion auf A.T.K.

3. Neurodermitis alba.

74jähr. Pat., weiße Herde im Zentrum pigmentierter Neurodermitis, ad anum, an den Genitokruralfalten, weniger am Stamm.

4. Ulcus rodens der Schläfe mit Röntgen geheilt.

5. Prurigo der oberen Körperhälfte.

Unter dem Bilde der Neurodermitis, bei 22jähr. Pat. Bisher therapieresistent. Bedeutende Besserung nach Röntgenbestrahlung des Halsmarkes und Sulfanthrensalbenpaste.

Samek: 1. Keloide nach Acne vulgaris corporis.

Nach Ätzbehandlung durch Kurpfuscher, bis kronengroße Knoten.

2. Lymphogranulomatose mit Lichen urticatus.

4 Monate bestehender Ausschlag bei 20jähr. Pat. Seit 8. Lebensjahr harte Drüsenschwellungen, besonders in der Axilla. Intensive Pigmentierung, nach Abheilen der Effloreszenzen.

3. Neurodermitis follicularis mit sekundärer Lymphdrüsenschwellung.

Seit mehreren Jahren bestehende Affektion an den Extremitäten, Kopf, Gesicht eines 28jähr. Bergarbeiters. Universelle Drüsenschwellung, besonders inguinal und axillar. Histologisch: Prurigodrüse.

4. Psoriasis vulgaris an Händen und Füßen, Kopf und Axillen.

Schwere Nageldystrophien und arthropathische Veränderung der Finger. ½jähr. Bestand.

5. Neurodermitis rubra (Pokorny).

An den Unterschenkeln lokalisiert; kleine Herde an den Oberarmen lassen an Psoriasis denken.

6. Schwarze Haarzunge.

Fischer, E.: 1. Gumma im Anschluß an antiluetische Kur.

Bei einer Pat. mit 18 Jahre alter luetischer Infektion, seinerzeit mangelhaft behandelt, wegen positivem WR antiluetische Kur. Nach der 9. Neosalvarsan- (Do-

Digitized by Google

sis III) und 10. Bi-Injektion Auftreten eines großen gummösen Geschwüres in der Crena ani. Heilung unter Spirozid und Spirobismol.

2. Spätformen, Psoriasis vulgaris vortäuschend.

Schuppung eines ringförmigen Herdes an der Stirne und zerstreute Herde am behaarten Kopf. Dauer 4 Monate. Abheilung ohne Pigmentation und Narbe. WR — MTR und Luetin +.

3. Epidermolysis bullosa hereditaria bei Vater und Tochter.

Einziges Kind. Keine Angaben über Vorkommen in der Familie.

4. Kongenitale Lues.

1 Jahr altes Kind. Bectartige Infiltrate im Gesicht und an den Extremitäten am Rande lichenoide Knötchen. Leber- und Milzschwellung. WR +.

Haber: 1. Livedo racemosa.

2. Hämolytische Anämie und Rezidivexanthem.

48jähr. Tierarzt. 1922 Ischias und Gelenksentzündung. 1928 Spannung in der Milzgegend und zunehmende Anämie. Um dieselbe Zeit hat Pat. eine 3 Tage alte bereits faule Plazenta ausgeräumt. Darauf trat am ganzen Körper ein Exanthem unter Schüttelfrost auf. Oktober 1928 Ikterus. November 1928 1600000 Erythrozyten. Nach der Behandlung (einige Transfusionen) stiegen die Roten auf 3200000. April 1929 Verschlechterung. Diagnose: Hämolytische Anämie. Therapie: Eisen und Arsen. 3 Wochen später an Bauch und Rücken ein papulo-makulöses Rezidivexanthem. 1906 Ulkus, unspezifisch behandelt, seit dieser Zeit nie Erscheinungen. WR immer —. Vor 3 Jahren Liquor —. Derzeit Kaup, WR —, MTR schwach + Kahn +. Nach antiluetischer Therapie neue Effloreszenzen am Handrücken, Handflächen und Fußsohlen. Im Verlaufe der weiteren Behandlung deutliche Rückbildung des Exanthems.

3. Lichen ruber planus.

Weinberger: 1. Lues und Ikterus.

Im Januar seropositive Sklerose. Neosalvarsan- und Bismogenolkur. Nach der letzten Injektion Fieber und Gelenkschmerzen. 2 Wochen später Ikterus, Vergrößerung der Leber, Bradykardie, im Harn Urobilin, Urobilinogen und Bilirubin. Die Entscheidung ist schwierig, ob katarrhalischer oder Salvarsanikterus.

M. Winternitz (Klinik Schmidt): Die Frage, Ikterus lueticus II, Salvarsanikterus oder Icterus catarrhalis ist ebenso ein theoretisches wie praktisches Problem. Das Zusammentreffen eines Parenchymikterus mit Salvarsantherapie ist zu häufig um als Zufall gedeutet zu werden. Dennoch tritt Salvarsanikterus bei Nichtluetikern so gut wie nie auf. Den Schlüssel gibt die durch neuere Untersuchungen, insbesondere mit Galaktosebelastung nach R. Bauer erhärtete Tatsache, daß im Sekundärstadium der Lues bei einem hohen Prozentsatz scheinbar Lebergesunder Leberfunktionsstörungen nachweisbar sind. So erklärt es sich, daß bei diesen Fällen die Reizschwelle für verschiedene lebertoxische Agentien herabgesetzt ist.

2. Vitiligo und Sommerprurigo.

Seit 10 Jahren Vitiligo, symmetrisch am Gesicht, Rumpf und Extremitäten, im Frühling rezidivierende Affektion der dem Sonnenlicht ausgesetzten vitiliginösen Partien: Rötung und Lichenifikation.

3. Sclerosis redux.

Vor 5 Jahren seropositive Sklerose. Kombinierte Kur. Noch vier kombinierte Kuren bei negativer WR. Auch seither seronegativ. Jetzt im Lymphgebiet der Sklerose schankriformes Geschwür, Spirochäten und WR +.

4. Lues II und Fazialisparese.

Bei 42jähr. Pat. Fazialisparese mit leichten Sensibilitätsstörungen nach der ersten Neosalvarsan.

5. Skabies und Lues, Plaques muqueuses und Genitalpapeln.

Kasztor: 1. Rupia syphilitica.

2. Erythema multiforme durch Insolation.

Nach Sonneneinwirkung an unbedeckten Hautstellen typische Herpesiris-Formen.

3. Acrodermatitis atrophicans.

Seit 5 Jahren bestehend. Knotige Form am linken Ellbogen, einfache Atrophie am linken Handrücken.

Digitized by Google

Referatenteil

Fachzeitschriften

Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie

1929, Bd. 10, Nr. 7

Marinesco, M. G.: Recherches anatomo-cliniques sur le problème des virus yphilitiques (Anatomisch-klinische Untersuchung über das Problem des Syphilisvirus). 681.

Ausführliche Besprechung der Literatur über das Für und Wider des „neuro- ppen" Virus. Eine spezielle Eigenart der Spirochäte besteht nicht; sie paßt sich dem rrain an. Die nervöse Syphilis wird nicht durch ein besonderes neurotropes Virus rvorgerufen; die Spirochäte nimmt nach Eindringen ins Nervensystem besondere genschaften an. Anführung dreier Fälle „neurotroper" Syphilis, bei denen sich im ehirn gleichzeitig „dermotrope" Veränderungen in Form von Gefäßveränderungen, iliaren Knötchen und Granulomen nachweisen ließen. In einem Fall bestand ausgespro- ene Muskelatrophie, in einem zweiten Fall charakteristische Meningomyelitis. Eine eitere Beobachtung führt Verf. an, bei der klinisch eine Paralyse zu finden war, thologisch-anatomisch eine hyperplastische gummöse Meningitis mit Riesenzellen und liaren Gummen. Für diese Fälle ist nicht die Annahme zweier verschiedener Spiro- ätenstämme erforderlich, sondern einer biologischen Veränderung des Terrains der rschiedenen Abschnitte des Nervensystems. — Bei Untersuchung des Liquors von ralytikern ließ sich eine Beziehung zwischen der Schwere der paralytischen Verände- ngen und der Alkalität des Liquors feststellen. Bei schweren Paralysefällen mit emenz war der p_H 7,58—7.59, bei beginnenden Formen fast normal. In einem Kultur- lieu (p_H 6,20—6,80) werden die Spirochäten schon nach 5—15 Minuten unbeweglich, hrend sie in einem Milieu mit p_H 6.80—7,26—7.50 länger als 24 Stunden leben. ie sich im Versuch zeigen ließ, leben Spirochäten im Liquor von Paralytikern länger einem Fall bis zu 14 Tagen) als im normalen Liquor, in dem sie nach 2—4 Stunden re Beweglichkeit einbüßen. Die Spir. dentium lebt im paralytischen Liquor nicht so nge wie die Spir. pall. Die Spir. cuniculi stirbt im alkalischen Milieu rascher ab als e Spir. pall. Verf. glaubt, daß die Wasserstoffionenkonzentration im Liquor der Para- iker eine günstige Bedingung für das Entstehen dieser Krankheit ist. Die Spiro- äten finden hier ein günstiges Lebensmilieu. Das so geschaffene günstige Milieu fert die zum Leben und zur Vermehrung notwendigen Bedingungen. (18 klinische und tologische Abbildungen.)

Fidanza, E. P.: Sur l'emploi d'une nouvelle préparation d'iode (Jodisan) dans traitement des trichophyties suppurées de la barbe (Über die Verwendung einer uen Jodverbindung [Jodisan] in der Behandlung der tiefen Trichophytie des Bartes). autkl. Rosario.) S. 731.

Da die Anwendung intravenöser Injektionen von Lugolscher Lösung bei der fen Trichophytie des Bartes oft infolge Induration der Venen und dadurch bedingter rker Schmerzhaftigkeit aufgegeben werden muß, hat Verf. Jodisan für diese Behand- ng nutzbar gemacht. Im allgemeinen wird täglich 2 ccm Jodisan intravenös injiziert. t dieser Dosis wurden gute Erfolge erzielt.

Ravaut, P.: La suppression des indurations veineuses consécutives aux jections intraveineuses de solution iodo-iodurée par l'adjonction d'hyposulfite soude (Unterdrückung der infolge intravenöser Injektion Lugolscher Lösung auf- tenden Veneninduration durch Hinzufügen von Natriumthiosulfat). S. 739.

Durch Hinzufugen der gleichen Menge 20%iger Natriumthiosulfatlösung zu der verwendenden Lugolschen Lösung gelingt es, die bisher bei Injektion Lugolscher sung beobachtete schmerzhafte Veneninduration zu vermeiden.

Photinos, P.: Recherches sur la „fausse teigne amiantacée" (Untersuchung er die „falsche Teigne amiantacée"). (Labor. Dr. Sabouraud.) S. 743.

Sabouraud fand niemals bei der asbestartigen Tinea Parasiten oder Mikroben. rf. fand bei 12 untersuchten Fällen weder Staphylo- noch Streptokokken. Die „Teigne iantacée" ist nicht kontaginös. Sabourauds Arbeiten haben gezeigt, daß der Strepto-

Digitized by Google

kokkus sich gern in Falten und Furchen ansiedelt, die retro-aurikuläre Furche wird gern befallen; nach den hier gemachten Beobachtungen bleibt diese Gegend immer frei der „Teigne amiantacée" frei. Auch Staphylokokkenerkrankungen charakterisieren sich klinisch anders als die Teigne am. Bei den von Schuppen der Teigne am. angelegten Kulturen konnte häufig ein Hefepilz nachgewiesen werden. Die Hefe hatte ein graurosa Aussehen. Andere Pilzbeimischungen fanden sich nicht. Die Inokulation am Meerschweinchen gelang, ebenso eine Rückkultur. Ein Teil der angelegten Kulturen blieb allerdings absolut steril. — Zum Schluß wird die übersetzte Zusammenfassung von Benedeks Arbeit: „Bemerkungen zum Züchtungsverfahren des Schizosaccharomyces hominis Benedek, 1927; 2. Mitteilung: Die Primärkultur" (Derm. W., 1929, Nr. 16–17) angeführt und gesagt, daß die Schlußfolgerungen in vielen Punkten mit der Auffassung Photinos in Einklang zu sein scheinen.

Archambault, G. u. A. Marin-Montréal: Indikation et technique de l'électrodesiccation en dermatologie (Indikation und Technik der Elektrodesikkation in der Dermatologie). S. 759.

Die Elektrodesikkation ist die Methode der Wahl zur Beseitigung von Schwielen, Hühneraugen, Verrucae vulgares, Verrucae planae, seborrhoischen Warzen, Alterskeratomen, Naevi flammei, Pigmentnaevi und zur Zerstörung der Angiektasien bei der Rosazea. Außerdem halten Verff. die Elektrodesikkation geeignet zur Entfernung spitzer Kondylome, Xanthelasma der Augenlider, Lupus erythematodes und kleiner basozellulärer Epitheliome. 20 basozelluläre Epitheliome seien bei dieser Methode bis jetzt 18 Monate geheilt geblieben. Bei Leukoplakie der Zunge und Lippen habe die Elektrodesikkation bessere Resultate gezeigt als die Anwendung von Kohlensäureschnee. — Kleine Hautveränderungen können ohne Anästhesie behandelt werden. Vernarbung trete in 2—3 Wochen ein. Bei der Elektrodesikkation wird ein hochgespannter Oudinscher Strom von schwacher Stromintensität verwandt. Funken entstehen nicht. Als Elektrode benutzt man eine einfache Stahlnadel.

Ledo, E.-Vallodolid: Sur un cas de dystrophia unguium mediana canaliformis (Fall von Dystrophia unguium mediana canaliformis). S. 765.

Mitteilung eines Falles, bei dem am Daumen sich typische Veränderungen der Hellerschen Dystrophia unguium mediana canaliformis, am Zeigefinger Veränderungen fanden, die als Onychorrhexis gedeutet werden.

1929, Bd. 10, Nr. 8

Petges, G.: Domenico Majocchi. Nachruf.

Massia, G., u. J. Rousset: Les microspories et les trichophyties du cuir chevelu l'adulte (Mikrosporie und Trichophytie der Kopfhaut beim Erwachsenen). (Hautklinik Lyon.) S. 828.

Anführung von 19 Fällen von Trichophytie der Kopfhaut beim Erwachsenen aus der Literatur. Einzelne Beobachtungen sind keine oberflächlichen Trichophytien, sondern kerionartige Trichophytien animalischen Ursprungs. Die Trichophytie der Kopfhaut beim Erwachsenen ist eine seltene Erscheinung. — Für die Mikrosporie der Kopfhaut beim Erwachsenen führen Verff. eine eigene Beobachtung bei einer 30jähr. Frau und drei weitere Fälle aus der Literatur an. Die Behandlung der Pilzflechten der Kopfhaut beim Erwachsenen unterscheidet sich in nichts von der Therapie bei jugendlichen Personen. Die Prophylaxe ist bei Erwachsenen die beste Therapie.

Mosto, D.: Dermatoneurome (Dermatoneurom). (Hospital Rawson.) S. 845.

Bei einem 35jähr. Mann bestehen in der Inguino-Kruralgegend seit 20 Jahren fünf Tumoren der Haut, die als Dermatoneurome angesprochen werden; sie entsprechen nach Verf. den von Darier und Ferrand beschriebenen progressiven und recidivierenden Dermatofibromen oder Fibrosarkomen der Haut. Histologisch findet sich eine fibromatöse Neubildung, die durch dichtes Bindegewebe gebildet wird; zwischen den einzelnen Fibrillen zahlreiche junge, längliche Zellen mit einem großen Kern. Mark- und feingranuliertem Protoplasma. Verf. glaubt, daß die Tumoren in erster Linie der Neuroglia, in zweiter Linie durch reich vaskularisiertes Bindegewebe gebildet werden. Infolgedessen hält er die Bezeichnung Dermatoneurome oder noch besser Dermatoschwannome oder Dermatogliome für angebracht. (4 Abbildungen.)

Darier, J.: Les fibrosarcomes de la peau sont-ils des dermatoneuromes (A propos du mémoire de M. le docteur Domingo Mosto) (Sind die Fibrosarkome der Haut Dermatoneurome? Zur Arbeit des Dr. Mosto). S. 852.

Darier ist der Ansicht, daß der von Mosto beschriebene Fall klinisch und his-

Digitized by Google

logisch mit den von **Darier und Ferrand** beschriebenen Tumoren identisch ist. D. sieht keinen Beweis für die nicht mesenchymatöse Natur der Neubildung erbracht. Die deutliche Grenze, die **Mosto** zwischen Tumorgewebe und Bindegewebe zu sehen glaubt, hat D. vergeblich bei seinen Schnitten gesucht und sucht sie auch vergeblich auf dem abgebildeten Mikrophotogramm. Den Versuch der Eingliederung dieser Geschwülste in die Gruppe der peripheren Neurogliomatose hält D. für verfehlt. Er besteht auf seiner ursprünglichen Benennung: Fibrosarkome der Haut.

Genner, V., u. P. Schultzer: Un cas d'infection cutanée primaire à gonocoques. Panaris avec lymphangite gonorrhéique subséquente. Infection générale et symptomes articulaires (Ein Fall von primärer Hautinfektion durch Gonokokken. Panaritium mit nachfolgender gonorrhoischer Lymphangitis. Allgemeininfektion und Gelenkerscheinungen). (Med. Klinik des Hosp. Bispebjerg, Kopenhagen.) S. 856.

Ein 39jähr. Arzt wurde bei der Untersuchung eines blennorrhoischen Patienten von diesem am rechten Daumen gekratzt. Im Verlauf der nächsten 30 Stunden entstand ein schweres Panaritium des rechten Daumens mit nachfolgender Lymphangitis des rechten Armes. Der aus der Inzisionswunde stammende Eiter enthielt zahlreiche intrazelluläre Diplokokken. Ein schweres septikämieähnliches Krankheitsbild mit Fieber von 38—40° hielt etwa 4 Wochen an. An mehreren Gelenken (Schulter-, Kniegelenk) verspürte der Kranke starke Schmerzhaftigkeit; objektiv waren Gelenkschwellungen festzustellen. Die Komplementbindungsreaktion auf Blennorrhoe fiel positiv aus. Obwohl die im Abszeßeiter gefundenen Diplokokken nicht durch die Gramsche Färbung als Gonokokken identifiziert wurden, halten Verff. diese Beobachtung für einen Fall primärer Hautinfektion durch Gonokokken.

Dracoulidès, N. N.-Athen: Ekzéma tenace généralisé rebelle à tout traitement et guéri par la désensibilisation aspécifique (Hartnäckiges jeder Behandlung trotzendes generalisiertes Ekzem, durch unspezifische Desensibilisierung geheilt). S. 864.

Bei einem 33jähr. Mann wurde ein generalisiertes Ekzem, das vorher sich gegen jede äußere Therapie refraktär erwies, mit Resorzinumschlägen, Linim. calcis äußerlich und Eigenblutinjektionen (2mal wöchentlich 5—22 ccm, im ganzen 18 Injektionen), 10 Afenilinjektionen (2mal wöchentlich). 2 Tabletten Bromural täglich und einem polyvalenten Hormonpräparat (Thyreoidea, Nebenniere, Hypophyse) per os behandelt. Unter dieser Therapie heilte das Ekzem ab. Zur Vermeidung von Rezidiven wurde nachträglich Natriumthiosulfat gegeben nach der Formel: Natriumthiosulfat 1 g, Bromkampfer, Natriumsilikat āā 0,05 auf 1 Tabl. 3 Wochen lang 3mal tgl. 1 Tabl. Außerdem wurde eine Arsen-Hg-Kur verabreicht, da eine kongenital-syphilitische Genese bestand. Der Patient ist bis jetzt 1 Jahr rezidivfrei geblieben.

Belgodère, G.: Nodule douloureux de l'oreille (Schmerzhafter Knoten des Ohres). S. 873.

Kasuistischer Beitrag. Bei einem 57jähr. Manne bestand ein schmerzhaftes Knötchen am linken Ohr. Verf. glaubt, daß der schmerzhafte Knoten am Ohr bei diesem Patienten eine herpetische Manifestation ist mit besonderer histologischer Entwicklung. Verf. schlägt Inokulationsversuche auf die Kaninchenkornea vor. Er sei als Praktiker nicht in der Lage, solche Versuche auszuführen.

1929, Bd. 10, Nr. 9

Nicolas, J., J. Gaté u. J. Rousset: Phosphorides cutanées (Hautentzündung durch Phosphor). S. 921.

Verff. beobachteten durch Phosphorsesquisulfid hervorgerufene Dermatitiden bei Arbeitern, die in der Streichholzfabrikation beschäftigt waren. Die mit dem Fabrikationsprozeß selbst beschäftigten Arbeiter erkrankten meist nicht, sondern hauptsächlich die mit Abwiegen und Verpacken des Phosphorsesquisulfid Beauftragten. Die Hautaffektion beginnt an Händen und Vorderarmen, gleichzeitig kann Konjunktivitis bestehen. Die Dermatitis ergreift in 12—24 Stunden den ganzen Körper in Form eines Erythems. Im Gesicht, an den Malleolen, am Penis oft Ödem. Blasen erscheinen, das Ganze macht den Eindruck eines impetiginisierten seborrhoischen Ekzems; auch Pusteln und nekrotische Partien sind zu beobachten, die gelben, sterilen Eiter enthalten. Keine Eosinophilie. Die Kranken haben sehr starken Durst. Nach wenigen Tagen beginnende Abschuppung, ganz das Bild einer generalisierten exfoliierenden Erythrodermie. Die Patienten verbreiten starken Phosphorgeruch, der nach Verwendung von Salben noch stärker wird. Die Affektion verläuft gutartig. Schwere Phosphor-Intoxikationserscheinungen zeigten sich nicht. Experimentelle Phosphorhautentzündungen gelangen immer unter den ver-

Digitized by Google

schiedensten Bedingungen; dabei fand sich, daß Luft für die Entstehung der Hautveränderungen notwendig ist. Das die Dermatitis hervorrufende Agens wird wahrscheinlich durch seine Umbildung durch den Sauerstoff der Luft irritieren. Wasser und Schweiß scheinen bei der Entstehung der Dermatitis keine Rolle zu spielen. Dagegen wirken Fettkörper begünstigend. Eine Beobachtung spricht dafür, daß eine durchgemachte Phosphorhautentzündung für spätere Erkrankung sensibilisiert. Histologisch handelt es sich um eine einfache Entzündung. Pathogenetisch ist festzustellen, daß nur der Phosphorstaub die Erkrankung hervorruft, notwendig ist eine intime Berührung mit der Haut. Prophylaktisch ist für gute Durchlüftung der Betriebe und Schutzkleidung für die Arbeiter zu sorgen. Therapeutisch wird eine Lösung von $KMnO_4$ 2 g, Na_2CO_3 25 g, Wasser 1000 ccm zur äußerlichen Anwendung empfohlen. Auf gute Diurese ist zu achten. (7 klinische und histologische Abbildungen.)

Nicolau, S., u. M. Blumental: Sur un cas de lupus tuberculeux du au bacille aviaire (Über durch den Geflügelbazillus hervorgerufene Tuberculosis luposa cutis) (Hautklinik Bukarest.) S. 953.

Bei einem 19jähr. an Hauttuberkulose erkrankten Manne (Tuberculosis luposa des Gesichts, Nackens, linken Handgelenks, Lupus tumidus des linken Ohres) konnte ein Tuberkelbazillus vom Typus gallinaceum isoliert werden. Die wichtigsten Merkmale dieses Bazillus sind sein Polymorphismus in allen Kulturen, seine Entwicklung bei 42° (bei 37° ist das Wachstum in der Kultur sehr spärlich), das feuchte und fettige Aussehen der Kultur, die Art, wie der Bazillus in Bouillonglyzerin im Gegensatz zum Tbc.-Baz. Typus humanus entsteht (Wachstum am Grunde des Kulturröhrchens), seine ausgesprochene Pathogenität für das Huhn, seine Pathogenität für das Kaninchen, bei dem er eine rasch zum Tode führende Septikämie hervorruft ohne makroskopische Tuberkuloseerscheinungen, und endlich seine abgeschwächte Pathogenität für das Meerschweinchen, bei dem sich typische Tbc. nur nach intraperitonealer Inokulation entwickelt. Anführung der von Lipschütz, Urbach und Volk beschriebenen drei Fälle von Geflügeltuberkulose der Haut. Hervorzuheben ist, daß es sich bei dem von Verff. beschriebenen Fall um eine nicht ulzerierte Hauttuberkulose handelt. (1 Mikrophotogramm.)

Silva, F.-Bahia (Brasilien): Leishmanioses des organes génitaux (Leishmaniose der Genitalorgane). S. 965.

Mitteilung von 3 Fällen, bei denen die Leishmaniose am Penis und Skrotum auftrat. Auch in der Handfläche, an der Fußsohle und auf dem Kopfe beobachtete Verf. Leishmaniosis. Die Erkrankung verschont nach Ansicht von Silva keine Hautstelle. Bei den beschriebenen Fällen war der Leishmaniabefund positiv.

A. Holländer-Bielefeld.

Revue Française de Dermatologie et de Vénéréologie

Mai 1929, H. 5

Blancani, E. u. H.-Paris: Les rayons infra-rouges. Quelques données physiologiques et thérapeutiques. Les infra-rouges en dermatologie (Die infraroten Strahlen. Einige physiologische und therapeutische Angaben. Die infraroten Strahlen in der Dermatologie). S. 258.

Eingehende physikalische und therapeutische Erörterungen über Entstehung und Verwertbarkeit der infraroten Strahlen in der Dermatologie. Es sei daraus hervorgehoben ihre antagonistische Wirkung gegenüber den ultravioletten Strahlen, ferner ihre pigmentvermehrende Eigenschaft. Die therapeutischen Indikationen sind sehr weit. Gut reagieren Affektionen des peripherischen Zirkulationssystems, insbesondere werden Infiltrate gut resorbiert, Ödeme beeinflußt, ebenso Ekchymosen, Erythrodermien, leichte Zyanosen, jugendliche und senile Formen der Endarteriitis obliterans, Heilungsbeschleunigung ist nachzuweisen bei schlaffen Geschwüren, schlechter Narbenbildung, bei den durch Röntgen und Radium erzeugten Epithelschädigungen und Geschwüren.

Prokoptchouk, A.-Minsk: Contribution à l'étude de la maladie pigmentaire progressive de Schamberg (Beitrag zum Studium der Schambergschen Pigmenterkrankung). S. 276.

Zwei interessante eigene Beobachtungen werden ausführlich behandelt. Interessant ist an dem ersten über 15 Jahre verfolgten Falle das spätere gleichzeitige Auftreten eines im Gesicht lokalisierten Lupus erythematodes, im zweiten Falle war die typische Pa-

Digitized by Google

nentierung nicht nur an den unteren, sondern auch an den oberen Extremitäten zu beobachten. Hier handelte es sich um einen vor zwei Jahren infizierten Luetiker. Den erstgenannten Fall hat Jordan-Moskau gesehen und bestätigt.

Milian, G.: Peristance de lésions chroniques de la peau de la nuque, au siège d'une ancienne furunculose développée cinquante ans auparavant (Weiterbestehen chronischer Hautläsionen im Nacken nach einer 50 Jahre zurückliegenden Furunkulose). S. 287.

Der Staphylokokkus kann sehr lange latent verweilen. Bei einem 65jähr. Manne, der mit 15 Jahren eine regionäre Furunkulose durchgemacht hatte, waren eigenartige Veränderungen in der Nackenhaut noch festzustellen. Es handelte sich um entzündliche Infiltrate, histologisch um sklerotische Papillarschicht mit Proliferation und Degeneration der elastischen Fasern, außerdem um sehr starke entzündliche Proliferation um die Haarbalgdrüsen herum, genau an den Stellen der alten Staphylokokkeninfektionen. Dadurch war die Nackenhaut derb und hart geworden und ließ sich nicht mehr in Falten aufheben.

Juni 1929, H. 6

Zaroubine, V.: Sur la caractéristique de la pellagre dans la Serbie méridionale (Die Charakteristik der Pellagra in Südserbien). S. 324.

Meist werden Männer befallen. Alle Kranken (7 Männer, 1 Frau) stammen aus der ärmsten und am wenigsten intelligenten Schicht; Mais hatten sie fast gar nicht gegessen. Das Alter schwankte zwischen 30 und 55 Jahren. Es ließen sich unterscheiden echte Pellagra mit Haut-, Darm- und nervösen Störungen, sowie Pellagroide nur mit Hautunterscheinungen ohne sonstige Störungen. Dann folgt eine ausführliche Erörterung der verschiedenen Pellagratheorien, die nichts Neues bringt.

Milian, G.: Angio-lupoide de la joue (Angiolupoid der Wange). S. 332.

Es handelt sich um eine 30jähr. Frau, bei der sich der Knoten auf der rechten Wange bis Daumennagelgröße entwickelt hatte etwa innerhalb Jahresfrist. Sonst ergab sich kein Anhalt für Tuberkulose. Bei der histologischen Untersuchung fand sich im Unterhautzellgewebe ein regelrechtes tuberkulöses Knötchen, allerdings ohne Riesenzellen, aber aus Lymphozyten, Plasmazellen und Epitheloidzellen bestehend. Im Infiltrat war das elastische Gewebe geschwunden. Überimpfung eines Gewebsstückchens auf ein Meerschweinchen verlief negativ.

Milian, G.: Adiposité cyanotique de la face externe de la jambe (Erythrocyanosis an beiden Außenseiten der Unterschenkel). S. 338.

60jähr. Frau, die das Leiden seit 4 Jahren hat. Klinisch kein Anhalt für Tuberkulose. Es finden sich die typischen Verdickungen und bläulichrötlichen Verfärbungen, die hauptsächlich in der kalten Zeit auftreten und sich während der wärmeren spontan fast völlig zurückbilden. Es handelt sich hier um ein vorzugsweises Befallensein der Knöchel. Die Temperatur war leicht erhöht (37,3—37,9°). Histologisch ergab sich kein Anhalt für Tuberkulose. Es fanden sich Sklerosen im Papillarkörper mit hyaliner Entartung, an anderen Stellen waren Gewebsbildungen, die an Angiokeratoma Mibelli erinnerten. Behandlung mit Ovar- und Schilddrüsenpräparaten war erfolglos. Äußerlich wurden Höhensonne und Salizylsalbe verabfolgt.

Milian, G.: Erythème polymorphe prolongé et endocardite (Langdauerndes polymorphes Erythem bei Endokarditis). S. 340.

24jähr. Mädchen. Einige Tage vorher Angina, an die sich Gelenkschwellungen anschlossen. Papulo-erythematöses Exanthem an der Rückseite der Vorderarme und Hände, an den Wangen, Stirn, Rumpf und den Beinen. Salizylbehandlung bessert nur wenig, die Schmerzen in den Gelenken sind noch stark. Das Erythem ist teilweise druckempfindlich. Im Verlauf der Erkrankung kommt es zu schubweisen Ausbrüchen. Atophan hat keinen Einfluß, ebensowenig Salizyl intravenös. Myxödem wird ausgeschlossen. Salvarsan ist zwecklos. Polyvalentes Serum versagt. Eine Tuberkulinreaktion fällt stark positiv aus. Daraufhin Behandlung mit Tuberkulin von $^1/_4$—$1^1/_2$ mg. Abfall der Temperatur, Verschwinden der Schmerzen. Gewichtszunahme. An der Lunge nichts Krankhaftes. Wahrscheinlich handelt es sich hier um ein polymorphes tuberkulöses Erythem.

Milian, G.: Endocardite végétante; érythème polymorphe; mort par hémorrhagie cérébrale (Endocarditis vegetans, Erythema polymorphum, Tod durch Hirnblutung). S. 347.

13jähr. Mädchen kommt mit einer Wunde am äußeren rechten Unterschenkel von 3:4 cm Größe, die anscheinend infiziert ist und seit zwei Monaten besteht. Am Herzen

Digitized by Google

finden sich endokarditische Geräusche mit Mitralfehler. Nach zwei Tagen erscheint plötzlich unter leichter Temperaturerhöhung ein polymorphes Erythem mit runden, in der Mitte eingedellten Flecken an den Wangen, der Stirn, den Ohren und Händen, nicht an den Beinen. Zwei Tage später erfolgt plötzlich der Tod. Die Sektion ergibt: Stauungslungen, Endocarditis vegetans, Stauungsleber, Nieren vergrößert, Schwellung der Bauchlymphdrüsen und Verkäsung, starke Blutung in der rechten Fossa Sylvii aus einem geplatzten Aneurysma. Meerschweinchenimpfung ergab Tuberkulose. Die histologische Untersuchung hatte keinen Anhaltspunkt für Tuberkulose ergeben. Auch die Einimpfung aus dem Geschwürsgrund erzeugte bei dem Meerschweinchen Tuberkulose. Es ist möglich, daß das Erythem spezifischer Natur war.

Milian, G.: Erythème polymorphe bulleux, traité et guéri par le 914 (Polymorphes, bullöses, mit Salvarsan behandeltes und geheiltes Erythem). S. 350.

19jähr. Mann. Vor 10 Tagen etwas Fieber. Danach das Auftreten von Flecken am Oberkörper und den Lippen. Es finden sich runde erythematöse Flecken von etwa 2 cm Durchmesser mit einer kleinen Erhebung in der Mitte, die sich eindrücken läßt. Am Munde sind Stellen, die an Plaques mouqueuses erinnern. Die Blasen in der Mitte sind meist eröffnet und nässen. WR negativ, Punktion negativ. Kein besonderer organischer Befund. Es wird Duhring angenommen. Nach zwei Salvarsaneinspritzungen vollständiges Abheilen. Kein Zeichen für Lues congenita. Es bestehen demnach zwei Formen des Erythema polymorphum, das erythemato-papulöse Erythem und das Erythema iris mit Schleimhautblasen (Hydroa). „Die letzte Erkrankung ist eine selbständige Erkrankung und ist ansteckend, sie heilt auf Salvarsan. Dagegen läßt sich die erythematopapulöse Form mit Arsen nicht beeinflussen."

Juli/August 1929, H. 7—8

Lacapère, G.: Le vitiligo de la syphilis acquise (Der Vitiligo bei der erworbenen Syphilis). S. 386.

Es handelt sich um einen jungen Mann, der seit einiger Zeit sich vergrößernde weiße Flecke an Händen und Armen aufwies. Er selbst hatte nie irgend welche Geschlechtskrankheiten an sich bemerkt. Auch sonst keinerlei Zeichen von Lues. Haut, WR negativ. Er ist Vater von drei Kindern, von denen zwei mit $2^1/_2$ Jahren einen Wachstumsstillstand mit Vergrößerung des Leibes zeigten, die auf Salvarsan zurückging. Zur Zeit keine Zeichen von Lues congenita. Nach einigen Wochen erschien bei dem Kranken an der Brust und den Hüften ein papulöser ringförmiger Ausschlag (papulozirzinäres Syphilid), der auf Salvarsan verschwand. Hier sind also zunächst die sekundären Hauterscheinungen unbemerkt geblieben und haben sich erst in Form von farblosen Flecken kenntlich gemacht. Durch ungenügende Behandlung entwickelten sich dann papulöse Syphilide. Verf. unterscheidet vier Arten von Vitiligo: umschriebener Pigmentverlust nach Narben, ausgebreiteter Pigmentverlust, exzentrischer Pigmentverlust nach Narben, Pigmentverlust ohne Narben.

Milian, G.: Stomatite arsenicale (Stomatitis arsenicalis). S. 392.

17jähr. Mädchen mit generalisiertem, pigmentiertem Syphilid. 11. III. 0,3. 16. III. 0,45 Salvarsan. Am 20. III. Gingivitis, Stomatitis, Angina. Die Stomatitis verschwindet unter weiteren Salvarsangaben bei Behandlung mit Borwasser. Eine Untersuchung der Erreger wurde nicht vorgenommen.

Milian, G., u. Périn: Fibromes des lobules des oreilles aux lieux de perforements de boucles d'oreilles (Fibrome an beiden Ohrläppchen an den Stellen der Durchbohrung für die Ohrringe). S. 394.

10jähr. Mädchen. Histologisch: Fibrom. Aussehen des Kindes nach hereditärer Lues. WR negativ.

Milian, G.: Aménorrhée par syphilis héréditaire. Guérison par le traitement mercuriel (Amenorrhoe durch hereditäre Lues. Heilung mit Hg-Behandlung). S. 395.

24jähr. Mädchen kommt mit einer Paronychia syphilitica. WR negativ. Sonst keine Zeichen von Lues congenita. Mit 10 Jahren bis zum 21. Jahr regelmäßige Periode. Dann seit 3 Jahren plötzliches Verschwinden. Die Periode erscheint unter der Hg-Behandlung wieder und kommt von dann an auch regelmäßig wieder.

Markianos, J.: Les méfaits des purgatifs au cours de l'eczéma (Die fehlerhafte Behandlung mit Abführmitteln beim Ekzem). S. 397.

Sehr verbreitet ist die Meinung, daß man bei Ekzemen trotz bestehender gestörter Verdauung Abführmittel geben müsse. Verf. geißelt die Sinnlosigkeit einer derartigen

Digitized by Google

Behandlung und führt hierbei auch durch Pilze usw. bedingte oberflächliche Ekzeme an. Er zeigt weiterhin fünf Beispiele, bei denen es jedesmal nach Einleitung einer abführenden Behandlung zu erneuten Schüben kam.

Veyrières: Le manganèse (Das Mangan). S. 401.

Verf. weist auf die starke Desinfektionskraft des in Frankreich wenig bekannten übermangansauren Kali hin und betont die Wirkung des Mangan bei den chemisch-biologischen Untersuchungen als Katalysator. Ruge-Hamburg.

Annales des Maladies Vénériennes

1929, Bd. 24, Nr. 7

Zenine-Saratoff: Les modifications du foie dans la syphilis expérimentale du lapin (Die Veränderungen der Kaninchenleber bei der experimentellen Syphilis). S. 677.

Histologische Veränderungen an der Leber sind bei Kaninchen, die vor $1^1/_2$ bis 2 Jahren syphilitisch erkrankt sind, nicht selten. Häufig findet man eine perivaskuläre Zellinfiltration von verschiedener Stärke; seltener finden sich vereinzelte knötchenartige Infiltrationen, die ihrem histologischen Aufbau nach dem menschlichen Gumma ähneln, solange es noch nicht erweicht ist. Die Diagnose einer tatsächlich spezifischen luetischen Veränderung stützt sich auf den perivaskulären Charakter der Infiltration, auf die Veränderungen der Gefäßwandungen, auf das Fehlen von Kokzidien und Zystizerken und endlich auf das Fehlen der Erythrozyten und Eosinophilen bei den das Infiltrat bildenden Zellen.

Belgodère, G.: Réactions cutanées probablement neuro-endocriniennes et probablement d'origine syphilitique. Guérison rapide par le bismuth (Reaktionen der Haut, wahrscheinlich neuro-endokriner Natur und wahrscheinlich syphilitischen Ursprungs. Schnelle Heilung durch Wismut). S. 689.

Einen Beitrag zur Beziehung der Haut zu den Drüsen mit innerer Sekretion liefern drei Beobachtungen von symmetrischem Exanthem an beiden Händen und an beiden des Rumpfes. In allen drei Fällen handelte es sich um Frauen, die mehr oder weniger dysmenorrhoische Störungen hatten. Bei zweien war eine Lues vorausgegangen. In diesen beiden letzten Fällen klangen die Erscheinungen ab nach zwei Wismuteinspritzungen, die genügt haben, um eine vorangegangene luetische Schädigung der Ovarien zu kompensieren. Bei der dritten Kranken brachten Eierstockpräparate Heilung. Sämtliche Fälle sind einzureihen unter die in der deutschen Literatur als symmetrische dysmenorrhoische Dermatose bekannte Kategorie.

Benech, J.: La fiche médico-sociale du dispensaire de salubrité publique de la ville de Nancy (Das medizinisch-soziale Krankenblatt des städtischen Ambulatoriums in Nancy). S. 707.

Mittels eines eingehenden Krankenjournals, bei dem nicht nur die medizinischen, sondern auch die sozialen Verhältnisse der Prostituierten berücksichtigt werden, versucht Verf. die Ursachen zu eruieren, welche die betreffenden Frauen der Prostitution in die Arme getrieben haben, um dadurch einen intensiveren Kampf gegen die Prostitution aufnehmen zu können.

1929, Bd. 24, Nr. 8

David, Ch.-Paris: Les infections gonococciques génitales d'emblée chez l'homme (Die unmittelbare gonorrhoische Infektion beim Manne). S. 757.

Gemeint sind diejenigen Erkrankungen, bei denen es ohne nachweisbare vorausgegangene Infektion der Urethra sofort zu einer Affektion der Prostata bzw. der Samenblasen kommt. Ohne daß jemals irgend welcher Ausfluß aus der Harnröhre bestanden hat, findet sich eine Druckschmerzhaftigkeit und Vergrößerung der Prostata bzw. der Samenblasen. Die Kranken klagen über ein Schmerzgefühl am Damm, über Schmerzen beim Stuhl und Pollakisurie, besonders des Nachts. Zuweilen entleert sich beim Stuhlgang ein Flüssigkeitstropfen aus der Urethra. Häufig gelingt es darin Gonokokken nachzuweisen, in anderen Fällen versagt jedoch dieses Verfahren, dann gibt oft die Spermokultur einen positiven Gonokokkenbefund.

Gouin, J., u. P. Daoules-Brest: Deux cas de chancers syphilitiques intra-uréthraux chez la femme (Zwei Fälle von intra-urethralem syphilitischem Schanker bei der Frau).

Digitized by Google

Bei beiden Frauen war die Urethra schmerzhaft und geschwollen; bei der einen ließ sich in der mittleren Partie der Harnröhre eine anormale Verhärtung abtasten. In dem reichlichen Sekret werden Spirochäten nachgewiesen. Während in dem einen Falle die Entstehungsweise nicht festgestellt werden konnte, wurde in dem anderen als begünstigendes Moment für die Infektion eine von ärztlicher Seite verursachte Schleimhautverletzung der Urethra gefunden.

Montpellier, J., u. J. Bonomo-Algier: Nouveau cas de chancrelle de la langue (Neuer Fall von Ulcus molle der Zunge). S. 767.

Bei einem 45jähr. Manne findet sich eine außerordentlich schmerzhafte, erst seit 5 Tagen bestehende Ulzeration an der Zunge von der ungefähren Größe eines Franc. Außer dem das Geschwür begrenzten hellroten Saum war charakteristisch das Fehlen jeder Drüsenschwellung und die schnelle Heilung, die innerhalb 8 Tagen, allein nach 2maligem Betupfen mit 10%iger Chromsäure erfolgte. Ducreysche Bazillen wurden nachgewiesen.

1929, Bd. 24, Nr. 10

Nicolas, J., J. Lacassagne u. R. Froment: Tunnellisation du frein par chancre syphilitique (Untertunnelung des Frenulums durch ein syphilitisches Ulkus). S. 917.

Während bei dem Ulcus molle die Durchbohrung des Frenulums nicht zu den Seltenheiten gehört, ist sie beim luetischen Ulkus noch kaum beschrieben. Verff. haben nun kurz hintereinander 2 Fälle beobachtet, bei denen sich eine Untertunnelung des Frenulums fand, die durch Zusammenfließen zweier, zu beiden Seiten des Bändchens befindlicher, etwa linsengroßer luetischer Ulzera zustande gekommen war. In beiden Ulzerationen wurden Spirochäten nachgewiesen. Die Autoinokulation ebenso wie die Intrakutanreaktion nach Dmelcos ergab ein vollkommen negatives Resultat, so daß ein Chancre mixte ausgeschlossen werden konnte. Danach muß also die alte Auffassung, daß eine bestehende Untertunnelung ein sicheres Zeichen eines Ulcus molle sei, revidiert werden. Selbst bei vorhandener Perforation muß man an ein luetisches Ulkus denken.

Barthélemy, R., u. R. Cohen: Ictere avec érythrodermie concomitante du au 914 (Ikterus mit begleitendem Exanthem infolge Salvarsans). S. 921.

Wegen Plaques im Hals und am Anus bei positivem Wassermann Injektion von 0,45 g, nach 3 Tagen von 0,75 g Neosalvarsan. Beide Einspritzungen werden gut vertragen. Nach weiteren 3 Tagen 0.90 Salvarsan; danach deutliche Zeichen von Intoleranz: Erbrechen, Zerschlagenheit, Übelkeit. Obgleich der Pat. noch krank ist, Injektion von 0.75 Salvarsan. Sofort danach starke Zunahme der Beschwerden und 3 Tage später ausgedehnter, intensiver Ikterus. Leber geschwollen und empfindlich. Kleine Calomeldosen (0,02) und tägliche Einspritzungen von Quecksilberzyanat ($^1/_2$, $^1/_2$, 1 ccm, 1 ccm). Nach der 4. Spritze Stomatitis, die zur Unterbrechung der Hg-Kur zwingt, aber nicht von der Einleitung einer Wismutbehandlung abhält. Erneute Komplikation: unter starkem Temperaturanstieg ausgedehnte Rötung der Haut, Ödem der Augenlider und der Hände. Das Erythem bildet sich in etwa 14 Tagen zurück, während der Ikterus noch länger bestehen bleibt, aber dann auch in Heilung übergeht. Verff. fassen sowohl den Ikterus als auch das Exanthem als Salvarsanschädigung auf, da der Pat. vor Auftreten des Exanthems erst 2 Einspritzungen von je $^1/_2$ cg Quecksilberzyanat und 8 cg balomel per os erhalten hatte.

Burnier, R., R. Barthélemy u. R. Cohen: Eruption rubéoliforma chez un syphilitique primo-sécondaire avant traitement (Rubeolaeartiges Exanthem bei einem Luetiker im Primär-Sekundärstadium vor Einleitung des Behandlung). S. 924.

Pat. mit Ulcus syphiliticum im Sulcus coronarius und gleichzeitig mit typischer Roseola. Neben diesem mehr dunkelroten und fleckigen Exanthem fand sich noch ein Ausschlag, der lebhafter rot war und sich aus mehr papulösen, kaum erhabenen, sehr wenig infiltrierten Elementen zusammensetzte. Da der Kranke nur leichte Temperatursteigerung hatte, außerdem eine deutliche Rötung im Hals und Tränenträufeln mit Rötung der Konjunktiven bestand, ferner die Drüsen am Hals, am Unterkieferwinkel und an der Karotis geschwollen waren, wurde die Diagnose auf Rubeolae gestellt, die aufgepfropft waren auf ein luetisches Sekundärexanthem. Die Rubeolae heilten denn auch in wenigen Tagen unter leichter Schuppung ab, während das spezifische Exanthem noch bestehen blieb.

F. Landauer-Berlin.

Digitized by Google

Mitteilungen aus der Literatur

Blennorrhoe

Ätiologie

Casper, W.-Berlin: Gonokokkenzüchtung auf Blutwasseragar. (Inst. f. Infek-onskrkh. Robert Koch u. Derm. Abt. d. Rudolf-Virchow-Krankenh.) Kl. W., 1929, r. 34. S. 1576.

Von einer Reihe verschiedener Tierblut-Agarnährböden erwies sich zur Gono-kkenzüchtung der Bilingsche Blutwasseragar in der Modifikation des Robert ochschen Instituts am geeignetsten. Herstellung: 2 Teile direkt aus der Vene ent-ommenes Pferdeblut werden mit 1 Teil Aqua dest. gemischt und 30 Minuten bei ° gehalten. Gleiche Teile der klaren Flüssigkeit werden unter Schütteln mit eichen Teilen schwach alkalischen, auf 50° abgekühlten Agars versetzt. Der Nähr-den muß etwa wöchentlich neu bereitet werden. Frei-Berlin.

Alissoff, P. A., u. M. M. Faibitsch-Smolensk: Experimentelle Blennorrhoe. hem. bakter. Kriegslabor.) Zbl. f. Bakt., Bd. 112, H. 6/8, S. 434.

Bei Anwendung einer bestimmten Methodik gelingt es, in den meisten Fällen n positives Resultat zu erzielen. Von ausschlaggebender Bedeutung für das Gelingen ier experimentellen Blennorrhoe ist die Störung der Thermoregulation. Zu diesem wecke wurden die Tiere am Rücken und an den Seiten rasiert und in schlecht heizten Räumen bei 5—7° R gehalten. Die klinischen Erscheinungen bestanden in onjunktivitis, Injektion der Skleragefäße, Absonderung serös-eitrigen Sekretes und ornhauttrübung, die zu Ulkusbildung führte. Nach 1½—2 Monaten trat Heilung . Die Kontrollfälle wiesen die gleichen Symptome bis auf die Ulzeration auf. e Erscheinungen dauerten jedoch nur 8—12 Tage. F. Harry-Wiesbaden.

Wolff, F.-Hannover: Zur Biologie des Gonokokkus und zur Spezifität des novitans. D. m. W., 1929, Nr. 18, S. 747.

Erwiderung auf die Arbeit von Cohn in Nr. 4 der D. m. W., in der die nokokkeneigenschaft der im Gonovitan enthaltenen Kokken angezweifelt wird. sschlaggebend für das Vorhandensein von Gonokokken im Gonovitan ist die Tat-he, daß die Ausgangsstämme einwandfrei von Reinkulturen von Blennorrhoefällen rühren, daß die Kokken ferner gramnegativ sind und nur Dextrose vergären. ßeres Kriterium ist nicht für alle Stämme maßgebend. Es gibt Gonokokken, die cker nicht vergären und solche, die außer Dextrose auch andere Zuckerarten an-ifen. Verf. hat in der Berliner Dermatologischen Gesellschaft Gonokokken demon-iert, die auf gewöhnlichem Agar bei Stubentemperatur gewachsen sind, monatelange ltbarkeit zeigen, atypische Vergärung aufweisen und auf der Platte nicht mehr Aussehen von Gonokokkenkulturen besitzen. Schon die Fähigkeit der Kokken, zu gären, beweist, daß es keine Katarrhaliskokken sind, denn diese besitzen kein rgärungsvermögen. F. Harry-Wiesbaden.

Cohn, A.-Berlin: Schlußbemerkungen zu vorstehender Erwiderung. D. m. W., 29, Nr. 18, S. 747.

Verf. hat nicht behauptet, daß es sich bei den Arbeiten Wolffs nur um Katar-liskokken gehandelt habe, sondern vermutet, daß „er bei diesen Untersuchungen ne Gonokokkenkulturen in Händen gehabt habe". Die Demonstrationen in der rliner Dermatologischen Gesellschaft haben die Vermutung auch bei anderen bakte-ogisch Geschulten bestätigt. Gegen die Identität mit Gonokokken spricht, daß die lturen grampositiv werden, ferner später außer Dextrose auch andere Zuckerarten gären, auf gewöhnlichem Agar wachsen und nach monatelangem Aufenthalt bei mmertemperatur noch fortzüchtbar sind. Da Wolff keine bestimmte Technik ibt, nach der solche Umwandlungen von Gonokokkeneigenschaften zu erzielen d, ist eine weitere Diskussion aussichtslos. F. Harry-Wiesbaden.

Wolff, F.-Hannover: Zur Bakteriologie und Klinik des Gonovitans und der nokokkenlebendvakzine. Kl. W., 1929, Nr. 32, S. 1496.

Wolff bleibt trotz der von anderen Seiten erhobenen Einwände dabei, daß das novitan eine Reinkultur lebender Gonokokken darstellt. Er hat selbst aus 3 Blen-rhoefällen Stämme gezüchtet, die eine gleich lange Lebensdauer bei Zimmer-peratur, die gleiche geringe Hitzeempfindlichkeit und das gleiche ungewöhnliche

Digitized by Google

Verhalten bezüglich der Zuckervergärung zeigen wie die im Gonovitan enthaltenen Keime. Er glaubt, daß es sich in beiden Fällen um Variationen des Gonokokkus handelt. Das Gonovitan leistet zwar nicht ganz dasselbe wie die selbst hergestellte frische Lebendvakzine, kommt aber in seinen Ergebnissen dieser doch nahe; nur scheint es vorteilhaft zu sein, statt wie dort 1—2 lieber 2—3 Einspritzungen zu geben.
Frei-Berlin.

Pathologie und Klinik

Dunker, F.-Brandenburg (Havel): Ein Beitrag zur Tendovaginitis gonorrhoica. M. m. W., 1929, Nr. 30, S. 1250.

Es werden eine akute und drei chronische Sehnenscheidenentzündungen beschrieben, die auf drei subkutane Injektionen von je 1 ccm Arthigon überraschend schnell abheilen. In einem der Fälle wird auch eine mehrere Jahre zurückliegende Blennorrhoe zugegeben. F. Rosenthal-Berlin.

Levinson, M.-Basel: Beitrag zur Epidemiologie der Einschlußerkrankungen der Bindehaut in der Schweiz. Schweiz. m. W., 1929, Nr. 30, S. 765.

Die Frage, wieweit Schwimmbadkonjunktivitiden, Einschlußblennorrhoe der Neugeborenen und Trachom in einem inneren Zusammenhange zueinander stehen, ist noch nicht gelöst. Die Differentialdiagnose ist nicht immer leicht. Über die in ungefähr 5 Jahren an der Universitäts-Augenklinik in Basel beobachteten Fälle wird eine eingehende Darstellung, besonders auch bezüglich des Ursprunges der Erkrankungen gegeben. Ein epidemiologischer Zusammenhang der Einschlußblennorrhoe der Neugeborenen bzw. der zugehörigen Genitalaffektion mit den nicht trachomatösen Einschlußerkrankungen der Konjunktiva scheint zu bestehen, ein solcher Zusammenhang mit dem echten Trachom besteht nicht. E. Levin-Berlin.

Therapie

Scholtz, W.-Königsberg: Über Gonorrhoebehandlung und Gonorrhoeheilung. (Univ.-Hautkl.) D. m. W., 1929, Nr. 31, S. 1287.

Die Wirkung der Silberpräparate beruht nicht nur auf deren antiseptischen Eigenschaften, sondern auch auf der Beeinflussung der Schleimhaut (Gewebsreaktion). Die Bildung des sogenannten Silbereiters ist für die Ausheilung der Blennorrhoe von großer Bedeutung; bei versagenden Präparaten tritt er nicht auf. In solchen Fällen führt ein anderes Silberpräparat, besonders Arg. nitr. in schwacher Konzentration meist sofort den erwünschten Erfolg herbei. Zur Feststellung der Heilung der Blennorrhoe ist die mikroskopische Untersuchung nach Provokationen im allgemeinen ausreichend. Die Komplementbindungsreaktion spricht bei negativem Resultat mit großer Wahrscheinlichkeit für eingetretene Heilung. Positiver Ausfall macht weitere Untersuchungen erforderlich. F. Harry-Wiesbaden.

Skutezky, K.-Innsbruck: Die Behandlung der akuten Gonorrhoe mit Trypaflavin. M. Kl., 1929, Nr. 31, S. 1216.

Die Trypaflavinbehandlung des Trippers ist wegen ungenügender Wirksamkeit von manchen Seiten wieder fast vollkommen abgelehnt worden. Das beruht jedenfalls auf falscher Indikationsstellung, indem die Behandlung nur bei frischen, unkomplizierten, auf die Anterior beschränkten Fälle angebracht ist. Sie soll nämlich verhindern, daß die Gonokokken sich in noch freien Teilen der Harnröhre festsetzen, indem sie den Nährboden für sie verschlechtert und auch die Behandlung der in der Umgebung des Sphinkters gelegenen Teile ermöglichen, an die die gewöhnliche Behandlung nicht herankommt. Ferner gestattet sie auch, die Konzentration der bakterizoden Mittel so weit herabzusetzen, daß eine Schädigung der Schleimhaut vermieden wird. Die Behandlung erfolgt mit täglichen intravenösen Einspritzungen von 0,05—0,1 Trypaflavin, danach Spülung der ganzen Harnröhre mit 1 l möglichst heißer Silberlösung 1 : 5000, daneben Einspritzungen von Choleval. Nach 5—8 Trypaflavineinspritzungen werden diese nur alle 2 Tage verabfolgt und nach 10 bis höchstens 15 fortgelassen. Man erzielt so komplikations- und rezidivlose Heilung in verhältnismäßig kurzer Zeit. E. Levin-Berlin.

Mühle-Hannover: Über Gonorrhoebehandlung mit Silber-Quellstäbchen (Partagon). D. m. W., 1929, Nr. 30, S. 1261.

Die Behandlung der Blennorrhoe der Frau mit Partagonstäbchen übertrifft die anderen Verfahren. Das gleiche gilt für die Therapie der Vulvovaginitis infantum. Günstige Resultate hat Verf. auch bei Fluor und unspezifischer Urethritis erzielt.
F. Harry-Wiesbaden.

Digitized by Google

Rosenstingl, A.-Wien: Zur Frühbehandlung der weiblichen Gonorrhoe. ortschr. Ther., 1929, Jahrg. 5, H. 4, S. 456.

Die Abortivbehandlung der weiblichen Blennorrhoe ist nach Ansicht des Verf. ussichtslos. Die Frühbehandlung verspricht gute Erfolge, besonders wenn sie in erselben Menstruationsperiode beginnt, in der die Infektion erfolgte. Zur Zervix-handlung benutzt Verf. Globuli vaginales Homepha mit 3% und 10% Protargol-halt; sie werden 2mal täglich in die Vagina eingeführt. Von unterstützendem ert seien Bettruhe, allgemeine Wärme und milde Kost. Spülungen werden ab-lehnt. Hat inzwischen schon eine Periode stattgefunden, so wird auf Bettruhe ver-chtet; körperliche Anstrengungen sind aber zu meiden. Innerlich wird täglich bis ½ Liter eines Dekoktes aus Fol. urae ursi mit oder ohne Salizyl gegeben. Die tliche Zervikbehandlung wird ausgesetzt, wenn Reizerscheinungen bestehen. Gegen idometritis und Adnexitis gonorrhoica wird Thioblen, ein Schwefelpräparat auf omephabasis, empfohlen. M. Kruspe-Dresden.

Langer, E.-Berlin-Britz: Die Verwendung der Lebendvakzine. (Derm. Abt. d. ankenh.) Kl. W., 1929. Nr. 32, S. 1494.

Langer hat über 60 chronische refraktäre Blennorrhoefälle bei Frauen, Män-n und Kindern mit dem Gonovitan des Sächsischen Serumwerks behandelt, ohne bei jemals irgend welche schwereren Störungen zu beobachten. Die Behandlung r bei den Männern in etwa ⅓ der Fälle, bei den Frauen und Kindern in min-stens 50—60% von wirklichen Erfolgen begleitet. Frei-Berlin.

Kunewälder, E.-Wien: Transargan bei der Gonorrhoebehandlung. (Allg. Poliklin. t. f. Haut- u. Geschlechtskrkh.) Med. Welt, 1929, Nr. 15, S. 546.

Nach Beobachtungen des Verf. und anderer Autoren ist es gelungen, Gono-kkenstämme bis auf 43 und 44° zu erwärmen, ohne daß sie abstarben. Die Wärme-handlung der Blennorrhoe beruht also auf falschen Voraussetzungen. Verf. er-ckt in der Lokalbehandlung eine Art Reiztherapie, bei der es darauf ankommt, Entzündung im Sinne der Reizwirkung zu regulieren. Als brauchbar hat sich das ansargan (Remedium, Berlin) erwiesen, das infolge seiner Leichtlöslichkeit, Farb-igkeit und guten Verträglichkeit die Behandlung wesentlich erleichtert. Namentlich Beginn der Erkrankung wird es in einer Konzentration von 0,5—2,5/200 als Mittel Wahl betrachtet. Nach Klärung des Urins wird ein Wechsel des Medikamentes pfohlen. Bei Erkrankung der Posterior Janet-Spülungen mit Transarganlösungen 0,5—3/1000. H. Ress-Dessau.

Stefanoff, Wlad.-Sofia: Intravenöse Behandlung der Gonorrhoe mit Trypa-vin. Bulgarska Klinika, 1928, S. 249.

Bericht über 25 Fälle bei gleichzeitiger lokaler Silbertherapie. Die Injektionen rden 3mal wöchentlich gemacht mit 5 ccm einer 2%igen Lösung, zusammen chstens 15—17 Injektionen, Technik wie bei Salvarsan. Zur Vorbeugung von kridinsonnenstich" wurde täglich 0,25 ccm Resorcin gegeben. Bei geringster rung seitens Leber und Niere wurde ausgesetzt. Das Mittel war im allgemeinen verträglich, jedenfalls ohne alarmierende Erscheinungen. Resultate: Eine 24 Stun-alte Blennorrhoe wurde in 2 Wochen mit 6 Einspritzungen geheilt. 12 Fälle von ter Urethritis anterior, bestehend seit 3—16 Tagen, wurden in 25—40 Tagen mit -15 Injektionen geheilt, 7 Fälle mit chronischer Anterior und Posterior in 35 bis Tagen mit 13—15 Injektionen. Nur bei vereinzelten Fällen von erst wenige ge altem Tripper wurde schnellere Heilung erreicht, zumeist dauerte die Behand-g ebensolange wie bei der sonst üblichen Therapie. Ausgezeichnet war die Wirkung 2 Fällen von blennorrhoischer Arthritis, ebenso bei 2 Fällen von Epididymitis in 1 Fall von Prostatitis parenchymatosa. Gleich der Vakzine- und Proteinkörper-rapie scheint auch das Trypaflavin besonders dann wirksam zu sein, wenn eine te Komplikation vorhanden ist. Bei unkomplizierter Urethritis bietet diese Be-dlung keinerlei Vorzüge gegenüber den bisherigen Methoden.

M. Kazarowa-T. Pasardschik.

Lilienthal, L.-Berlin: Zur Behandlung der Gonorrhoe des Weibes und zur gutachtung der Heilung derselben. M. Kl., 1929. Nr. 18, S. 718.

Bei der Diagnose der weiblichen Blennorrhoe darf erst nach wiederholten Unter-hungen und Provokationen ein Nichtbestehen angenommen werden. Die konser-ive Behandlung einer festgestellten Blennorrhoe kann nicht empfohlen werden, mehr sofort Behandlung der Harnröhre mit Einspritzungen von Protargol 4%ig r Albargin 2%ig, ferner Stäbchen (Delegon, Targesin und besonders Ester-

Digitized by Google

Dermasan-Silber-Stäbchen). Behandlung der Zervix mit 20%igen Ichthyol-Glyzerin-Tampons, falls Gonokokken nicht bald schwinden, Ätzungen mit Formaldehydlösung 50%ig oder Lugol, Spülungen mit Formaldehyd. sol. Adnexerkrankungen traten selten ein, schwanden meist bald nach Terpichineinspritzungen. Bei den postblennorrhoischen Katarrhen sind vor allem dauernde antiseptische und reizende Spülungen zu vermeiden. Empfehlenswerter sind Spülungen mit Ormizetten (2 Tabletten auf 1 Liter Wasser), auch kann man die Tabletten direkt in die Vagina einführen lassen.

E. Levin-Berlin.

Bode, O.-Greifswald: Zur Iontophoresebehandlung der weiblichen Gonorrhoe (Univ.-Frauenkl.) Fortschr. Ther., Jahrg. 5, H. 9, S. 277.

Bei der Iontophorese versucht man dadurch eine Tiefenwirkung zu erzielen, daß man mit Hilfe des galvanischen Stromes das wirksame Ion eines gelösten Medikaments in das erkrankte Gewebe hineinbringt. Statt der bisher gebrauchten Silberlösungen wurde mit gutem Erfolg eine Rivanollösung 0,3 : 1000,0 angewandt. Zur Erzielung einer möglichst intensiven Wirkung wurden bei jeder Patientin 3 Liter Rivanollösung durchgespült und durch langsames Einschleichen des Stromes versucht, eine größere Stromstärke zur Anwendung zu bringen. Lymphangitis oder andere Komplikationen wurden nicht beobachtet, jedoch war vereinzelt die Urethralschleimhaut so empfindlich, daß leichte Schwellung mit Ödembildung eintrat. Durchschnittlich wurden ziemlich starke Ströme angewandt: für die Urethra gewöhnlich 10 mA, für den Zervikalkanal 15 mA. Bei 12 Patientinnen hat die Methode 9mal zum vollen Erfolg geführt; ein Nachteil ist die lange Dauer jeder Sitzung, im allgemeinen wurde täglich 1 Stunde für jede Patientin gebraucht.

F. Landauer-Berlin.

Urogenitalapparat

Allgemeines

Semon, H. C.: Non-venereal Affections of the Genitalia (Die nichtvenerischen Genitalerkrankungen). (Med. Soc. f. the Study of Venereal Dis., London 22. Febr. 192[illegible]. Lancet, 1929, Nr. 5505, S. 447.

In Anlehnung an Callomons bekanntes Buch, für das Semon an mehreren Stellen anerkennende Worte findet, gibt Semon einen kurzen Überblick über die nichtvenerischen Affektionen der Genitalien. Auch die Einteilung Callomons liegt dem Vortrage zugrunde. Die Vollständigkeit der Callomonschen Schilderung der in Betracht kommenden Krankheitsbilder kennzeichnet die Tatsache, daß die Mitteilungen Semons, die keineswegs nur ein Referat des Callomonschen Buches sind, vielmehr den Bericht eines recht erfahrenen Arztes darstellen, für den Kenner des Callomonschen Buches kaum etwas Neues bringen. In der Aussprache äußert sich Hanschell über die nichtvenerischen Genitalerkrankungen in den Tropen. Die Orientbeule kann vom Penis ihren Ausgang nehmen; er sah auch eine Trichophytie mit Beginn am Ende des sehr langen Präputiums bei einem Neger. Den „[illegible]tischen Bubo" hält er für eine wahre Geschlechtskrankheit; die Herde beginnen am Sulkus und heilen nach Waschungen oder Spiritus schnell ab. Es gibt einen wahren Herpes, der an Präputium und Glans auftritt und von dem durch sexuellen Verkehr erworbenen zu scheiden ist. Er sah nach dem Kriege in England einige Fälle von granulierendem Granulom der Schamteile („ulcerating granuloma of the pudenda"); bei allen diesen Fällen brach die Ulzeration durch die Bauchwand in die Blase ein. Tod durch Erschöpfung. Die Affektion beginnt mit einer harten, einem Primäraffekt ähnlichen Papel und könnte bei Frühdiagnose leicht exzidiert werden. Gewöhnlich führen intravenöse Injektionen von Tartarum emeticum zu schneller Heilung.

F. Juliusberg-Braunschweig.

Einar, R.: Ein Fall von Hypogenitalismus (Eunuchoidismus femininus) mit partiellem Gigantismus und Ichthyosis. Hospitalstidende, Jahrg. 72, Nr. 16. S. [illegible]

Beschreibung eines Falles bei einem 29jährigen Mädchen. Die mäßig ausgesprochene Ichthyosis soll schon bei der Geburt bemerkt worden sein, und die Mutter der Patientin sowie 2 von ihren 8 Geschwistern sollen ähnlich affiziert sein. Seit einigen Jahren besteht auffallendes Wachstum namentlich der Hände (Maßhand), der Arme und Beine. Im Röntgenbild entsprechen die Epiphysenlinien mancher Knochen einem Alter von 17—18 Jahren. Die Sella turcica nicht nachweislich verändert. Äußere Genitalien wenig entwickelt; Corpus uteri mandelgroß. Mens

Digitized by Google

truation ist niemals eingetreten; Brüste ganz unentwickelt. Der ganze Habitus ist ls feminin eunuchoid zu bezeichnen. Im Urin nach Eingabe von 100 g Glukose orübergehend Zucker nachweisbar. Von den Geschwistern sind 2 im Alter von bzw. 15 Jahren an Diabetes gestorben. Die Aufnahme erfolgte wegen osteitischer eschwerden am Mittelfuß beiderseits, wodurch längere Zeit hindurch Gehen und tehen unmöglich geworden war. A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Siegert-Düsseldorf: Das Verhalten der uteruserregenden Substanz der Meerchweinchenhypophyse nach Kastration und Röntgenbestrahlung der Ovarien. Frauenkl. d. Med. Akademie.) Kl. W., 1929, Nr. 21, S. 979.

Es wurde die Wirksamkeit des Hypophysenextraktes kastrierter und ovarial eröntgter Tiere mit dem gesunder verglichen. Dabei zeigte sich, daß die Sekretion es Hypophysenhinterlappens auf den Genitalapparat durch die Wirkung des Ovarium eguliert wird. Kastration führt zur Herabsetzung der Uteruserregbarkeit durch das Hypophysenhormon, Röntgenbestrahlung steigert sie zunächst durch Reizung und ermindert sie später durch Lähmung der Ovarialzellen, ist in ihrer Wirkungsart er Kastration nicht gleichzusetzen. H. Colman-Berlin.

Heynemann, Th.-Hamburg: Die klinische Bedeutung der Sexualhormonräparate. (Univ.-Frauenkl.) D. m. W., 1929, Nr. 16, S. 643.

Über die klinische Bedeutung der durch Mäusetest angewerteten Sexualhormonräparate kann ein endgültiges Urteil noch nicht abgegeben werden. Indiziert ist die ehandlung mit Hormonpräparaten bei sekundärer Amennorrhoe, Ausfallserscheinungen, bei vasomotorischen Störungen, ferner Störungen im regelmäßigen Auftreten der Menses und bei zu kurzer und zu geringer Menstruation. Ein Versuch ist ngebracht bei Sterilität, Dysmennorrhoe und zu langdauernder Menstruation, ebenso ei Infantilismus der weiblichen Genitalien. F. Harry-Wiesbaden.

Geneff, Sp.-Sofia: Menstruationszyklus und Kohlehydratstoffwechsel. (Med. linik Prof. Mollow.) Bulgarska Klinika, 1928, S 285.

Die Versuche des Verf. betreffen das Verhalten des Blutzuckerspiegels nach elastung mit 100 g Saccharose während der Menstruation und in Intermenstruum nd betreffen 10 Fälle. In der Hälfte der Fälle stieg der Blutzucker während der lenses nicht über 0,16%; nur in einem Fall mit Ulcus ventriculi erreichte er den aximalen Wert von 0,199%. Mitunter war der Blutzuckerwert im Intermenstruum wohl nüchtern wie nach Belastung höher als während der Menses. Untersuchungen it Kohlehydratbelastung, auch an ganz Gesunden, ergeben, daß der Blutzucker isweilen den maximalen Wert von 0,26—0,28% erreicht. Es wäre daher gewagt ne Störung des Kohlehydratstoffwechsels (bzw. eine Leberfunktionsstörung) anzuehmen. Die Hyperglykämie nach Zuckerbelastung ist nicht in der Resorption des erioral zugeführten Zuckers, sondern in der Reizung des viszeralen Nervensystems u suchen; der Tonus und die Reaktionsfähigkeit des letzteren ist aber sehr verhieden bei verschiedenen Individuen. M. Kazarowa-T. Pasardschik.

Riddell, J.: A Case of Pseudo-Hermaphroditism (Ein Fall von Pseudo-Hermaroditismus). Brit. m. J., 1929, Nr. 3570, S. 1040.

Das 17jährige Individuum hatte als Knabe gegolten, bis die einsetzende Menruation Veranlassung gab, eine ärztliche Untersuchung vorzunehmen. Es fanden ch gut entwickelte Brüste, die Schamhaare von weiblichem Typ. Klitoris von der röße eines Säuglingspenis, die Labia majora zusammengewachsen und eine Art von krotum bildend mit einer ganz kleinen Öffnung, aus welcher der Urin entleert wird. perative Herstellung der äußeren Genitalien dem weiblichen Typ entsprechend. A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Langeron u. A. Danès: Le syndrome génito-surrénal (Der genito-suprarenale mptomenkomplex). Paris méd., 1929, Nr. 33, S. 145.

Zu dem Symptomenkomplex gehört: 1. der sehr seltene suprarenale Pseudoermaphroditismus, dem eine einfache Hypertrophie oder ein kleines benignes Adom zugrunde liegt. Die äußeren Genitalien zeigen einen mehr oder weniger ausesprochenen männlichen Charakter, die stets vorhandenen Ovarien beweisen, daß es ch um weibliche Personen handelt, bei denen männliche sekundäre Geschlechtsaraktere überwiegen. Eine klinische Diagnose ist bisher in diesen Fällen noch nicht estellt worden. 2. Der suprarenale Verilismus beruht meist auf malignen Tumoren, ist am häufigsten bei jugendlichen weiblichen Personen, bei denen sich Amenorhoe und Adipositas einstellt, der ganze Körper einen männlichen Charakter annimmt. mwandlung des sexuellen Empfindens wird nur selten beobachtet, meist besteht

Digitized by Google

vollkommene Frigidität. Der Verlauf ist stets ein tödlicher in ungefähr 3 Jahren, falls nicht rechtzeitig die Operation ausgeführt wird, auch treten meist Rezidive ein.
E. Levin-Berlin.

Vogt, E.-Tübingen: Über hormonale temporäre Sterilisierung weiblicher Tiere durch Fütterung mit Insulin. (Univ.-Frauenkl.) Kl. W., 1929, Nr. 30, S. 1165.

Die sterilisierende Wirkung des weiblichen Sexualhormons in Form der reinen Präparate Follikulin, Menformon, Progynon war bereits zuvor festgestellt worden. Es zeigte sich jetzt eine gleiche Wirkung des Insulins bei parenteraler Zufuhr und bei Verfütterung bei weißen Mäusen. Die Sterilisierung war eine temporäre, 200 bis 271 Tage anhaltende; sie beruht auf einer Störung der Ausbildung und Reifung der Follikel. Es ist durch die Versuche die Resorbierbarkeit des Insulins vom Magen-Darmkanal bewiesen, ferner auch die Auffassung bestätigt, daß das Pankreashormon und das weibliche Sexualhormon sich sehr nahe stehen und sich in der sterilisierenden Eigenschaft decken.
E. Levin-Berlin.

Mahnert, A.-Graz: Untersuchungen über den Einfluß der Röntgenstrahlen auf die Ovarialfunktion und die Funktion des Hypophysenvorderlappens der weißen Maus. Arch. f. exper. Path., Bd. 143, H. 3/4, S. 246.

Das Ei ist dem Brunsthormon übergeordnet und bestimmt Rhythmus und Periode des Zyklus; durch die Corpus-luteum-Bildung wird die konstant wirkende Kraft des Hypophysenvorderlappenhormons unterbrochen. Bei Röntgenbestrahlungen mit 50—100 R gehen die Eier des Mäuseovars noch nicht völlig zugrunde, was auch durch Entstehung von Schwangerschaften nach der Bestrahlung beweisbar ist. Das Ei bestimmt die Dauer der Brunst als Hormonbildner, auch wenn es selbst die Hormonproduktion nicht in Gang bringt.
F. Rosenthal-Berlin.

Walter, A.-Breslau: Hypophysenvorderlappenwirkung auf das strahlengeschädigte Ovarium. (Univ.-Frauenkl.) Endokrinol., Bd. 4, H. 1, S. 1.

Ausgehend von den Versuchen anderer Autoren, welche bei weißen Mäusen auch nach Sterilisationsbestrahlungen den vaginalen Brunstzyklus erhalten sahen, stellte sich Verf. die Frage: Wie verhält sich das mit einer Sterilisationsdosis belegte Ovar der infantilen Maus gegenüber Zufuhr von Hypophysenvorderlappenhormon? 60 Tiere von 6—8 g Gewicht wurden serienweise mit einer Dosis von je 400—500 R bestrahlt und ihnen 2—4 Wochen später Hypophysenvorderlappen implantiert. In den ersten Wochen, solange noch nicht alle Eier abgestorben sind, reagiert das Ovar in der gewöhnlichen Weise mit Follikelreifung und Bildung von Corp. lutea atretiva. Später, wenn keine Eier mehr vorhanden sind und das Ovar nur aus Luteingewebe besteht, reagiert es nicht mehr auf die Implantation von Hypophysenvorderlappen.
M. Unna-Hamburg-Bergedorf.

Penis, Urethra, Blase

Meyer, H.-Göttingen: Eine einfache Hautplastik für die Behandlung der Hypospadie. (Chir. Univ.-Kl.) Arch. f. kl. Chir., Bd. 155, H. 4, S. 588.

Verf. verwendet zur Plastik bzw. Verlängerung der Urethra die Haut des Präputiums. Die Operation wird mehrzeitig durchgeführt. Über die Einzelheiten der Technik muß im Original nachgelesen werden. Das funktionelle und kosmetische Resultat ist befriedigend.
Sprafke-Chemnitz.

Boulanger, L.: La méconnaissance d'une urétrite simple (Eine verkannte einfache Urethritis). Progr. méd., 1929, Nr. 29, S. 1253.

Ein Patient hat eine nach reichlichen Exzessen in baccho et venere aufgetretene Reizung der Harnröhre, in dem Glauben sich infiziert zu haben, selbst mit Kal. permangan. behandelt, worauf der Zustand sich verschlimmerte, rein eitrige Sekretion auftrat. Wiederholte Untersuchung auf Gonokokken negativ; nach Fortlassen örtlicher Behandlung Rückgang der Erscheinungen. Wichtigkeit der mikroskopischen Untersuchung vor Einleitung einer Behandlung.
E. Levin-Berlin.

Visher, J. W.-Evansville: Vesical Infection with Trichomonas Vaginalis (Infektion der Blase mit Trichomonas vaginalis). J. Am. m. Ass., Bd. 92, Nr. 25, S. 2055.

Verf. beschreibt einen Fall von Zystitis mit Trichomonas vaginalis, bei der auch Pyelitis festgestellt wurde. Durch Behandlung mit Chromquecksilber gingen die Erscheinungen rasch zurück, worauf die Behandlung der Vagina und Zervix angeschlossen wurde.
P. Seier-Heidelberg.

Digitized by Google

Mohr, G. L, u. E. H. Waterhouse-Chicago: Enuresis in Children. Observations n Causation and Treatment (Enuresis bei Kindern. Beobachtungen über Ursachen nd Behandlung). Am. J. Child. Dis., 1929, Bd. 37, Nr. 6, S. 1135.

Bei der Enuresis konnten familiäre Grundlagen festgestellt werden; auch beinstigten die Erkrankung schlechte Erziehung, Gemütserregungen, körperliche chwächezustände (allgemeine Konstitution), Suggestion, Ermüdung. Verschiedene lomente kombinieren sich miteinander. Es wurden Besserungen und Heilungen rielt, indem die Kinder angehalten wurden, nachmittags wenig zu trinken, die lase regelmäßig zu entleeren, ihre Bemühungen und Fortschritte regelmäßig auf erkkarten zu verzeichnen. E. Levin-Berlin.

Raabe, R.-Dresden: Behandlung der Zystitis und Zystopyelitis mit Uronovan. us. Abt. d. Stadtkrankenh. Dresden-Johannstadt.) M. m. W., 1929, Nr. 28, S. 1174.

In Fällen von bakteriellen Erkrankungen der Harnwege hat sich Verf. das ronovan sehr gut bewährt. Das Mittel stellt eine Verbindung von Phosphorsäure nd Urotropin dar und führt durch rasche Säuerung des schwach sauren oder alkaschen Harns daher auch in hartnäckigen Fällen meist zu einem schnellen Erfolg Hersteller: Steyl & Co.). Durch seine Wirkung auch im alkalischen Urin ist es dem examethylentetramin überlegen. Unangenehme Nebenerscheinungen wurden niemals stgestellt. Als Anwendungsgebiet werden neben der Zystitis und Zystopyelitis xalurie, Phosphaturie und Konkrementbildungen in den Harnwegen angegeben, da s Uronovan lösende Eigenschaften besitzen soll. B. Peiser-Berlin.

Gaschke, R.-Wien: Infektiöse Erkrankungen der Harnwege und ihre Bekämpfung. Fortschr. Ther., 1929, Jahrg. 5, H. 13, S. 421.

Bei der Behandlung von Zystitis, Urethritis, Phosphaturie, harnsaurer Diathese e überhaupt bei allen entzündlichen Erkrankungen der Harnblase und auch bei der lennorrhoe haben sich Verf. das Hexal und das Neohexal besonders gut bewährt. ide Präparate vereinigen in vorzüglicher Weise die antiseptische Wirkung des examethylentetramins und die sedative der Sulfosalizylsäure und zeichnen sich urch ihre völlige Reizlosigkeit aus. B. Peiser-Berlin.

Wossidlo, E.-Berlin: Arctuvan. D. m. W., 1929, Nr. 30, S. 1254.

Empfehlung des genannten Mittels, das aus Hexamethylentetramin, Phenyl. licyl., Extr. Fol. uv. urs. und Lig. santal. besteht, als schmerzlinderndes Harnntiseptikum auf Grund sorgsamster Prüfung (Hersteller Dr. Otto Krause, Magdeurg). F. Harry-Wiesbaden.

Bodländer, F.-Berlin: Eine neue Methode der Harndesinfektion. Med. Welt, 929, Nr. 33, S. 1192.

Sie besteht in der oralen und möglichst gleichzeitig durchzuführenden intranösen Verabfolgung verschiedener kombinierter Harndesinfizientien. Das Eutramin Hersteller „Labopharma", Dr. Laboschin, G. m. b. H., Chem. Fabrik, Berlin-Charttenburg) genannte Gemisch besteht aus Urotropin, einer Benzoeverbindung, ampfersäure, einem weiteren neuen Kampferpräparat und einem hochbakteriziden rbstoff. Die Lösung zur Injektion ist frei von Urotropin. Sie enthält als Hauptstandteil eine Doppelverbindung von Guayakol-Rhodan-Kalzium-Benzoat.
H. Lippert-Köln.

Kolischer, G.-Chicago: Elektrokoagulation von Blasentumoren. Zschr. urol. ir., Bd. 27, H. 4/6, S. 371.

Verf. empfiehlt bei Blasentumoren die Harnblase mittels suprapubischen Blasenhnitts zu eröffnen und den Tumor durch scheibenförmige Elektroden von entrechender Größe zu verkochen. Zuerst wird die Oberfläche verkohlt, um eine Verlanzung von Tumorteilchen zu verhindern. Aus eben diesem Grunde wird schon e Blase durch das elektrische Messer (Radioknife) (die in Deutschland eingeführte Diathermiemessersonde" nach Dr. Rosenburg tut dieselben Dienste wie das Radioife. Der Ref.) eröffnet. Nach der Koagulation wird die Harnblase bis auf eine eite Heberdrainage vernäht und noch längere Zeit gespült. Als Anästhesie genügt e Sakralanästhesie, kombiniert mit der Lokalanästhesie des suprapubischen Querhnittes. Die Methode ist einfach und unblutig und befreit die Patienten für längere eit von Beschwerden und Blutungen. A. Rosenburg-Mannheim.

Schüller, H.: Zur Radium- und Röntgentherapie in der Urologie. Zschr. urol. ir., Bd. 27, H. 4/6, S. 374.

Verf. berichtet über seine Resultate bei Blasengeschwülsten, die er direkt der öntgentherapie zuführte oder sowohl mit Röntgenstrahlen wie Radium behandelte.

Digitized by Google

Es gelang ihm bei einem 54jährigen Manne, einen mächtigen papillomatösen Tum bis auf den dicken Stiel durch 10 Bestrahlungen zum Verschwinden zu bringen. einem 54jährigen Schuhmacher konnte Verf. durch 5 Bestrahlungen ein Papi der Ureterenmündung zum Rückgang bringen. Ein kleines Papillom bei ei 54jährigen Frau, das äußerst heftig blutete, zeigte nach 4 Bestrahlungen e wesentliche Strukturveränderung; die Blutung stand auf 2 Milzbestrahlungen. einem besonders hartnäckigen Blasentumor bei einer 64jährigen Frau, bei der tr mehrerer Koagulationen des Tumors der Tumor immer wieder rezidivierte und na wuchs, konnte Verf. durch endovesikale Implantation von Radium und nachfolgend Röntgenbestrahlungen eine völlige Heilung feststellen, die bis zum Zeitpunkt d Veröffentlichung 6 Monate anhielt. Diesen vier günstigen Fällen stehen mehr Fälle, bei denen die Röntgentherapie gar keinen oder fast keinen Erfolg zeig gegenüber. A. Rosenburg-Mannheim.

Nissen, R.-Berlin: Harnröhrenplastik zur Beseitigung der skrotalen Hy spadie. (Chir. Univ.-Kl. d. Charité.) Zbl. f. Chir., 1929, Nr. 16. S. 962.

Angabe eines neuen Verfahrens der Harnröhrenplastik zur Beseitigung d skrotalen Hypospadie, die zwar auf 3 Sitzungen verteilt werden muß, gegenüber d anderen Methoden aber den Vorteil hat, daß Nekrosen mit anschließenden Fist die bei einzeitigen Stielplastiken häufig sind, nicht vorkommen. B. Peiser-Ber

Haslinger, K.-Wien: Die Behandlung der Cystitis tuberculosa. (Urol. Ab II. Chir. Univ.-Kl.) W. m. W., 1929, Nr. 20, S. 652.

Beim operativen Vorgehen ist von dem mit der Blase und Niere gleichzei erkrankten Ureter soviel wie möglich mit zu entfernen. Bei der Spülung der tub kulös erkrankten Blase hat Verf., der unter Hochenegg arbeitet, mit Natrium bicarbonicum gute subjektive Erfolge gesehen. Gleichzeitig empfiehlt er wochenla eßlöffelweise Natrium bicarbonicum innerlich zu geben. Es wird ernstlich die a gemeine Alkalitherapie der Blasentuberkulose empfohlen. H. Lippert-Köln.

Maluschew, D.-Subotica: Cystitis dissecans gangraenescens bei einem Man D. m. W., 1929, Nr. 19, S. 794.

Die Entstehung der Blasengangrän war auf eine 1 Woche lang täglich sic wiederholende Harnretention, insbesondere aber auf eine 48 Stunden dauernde Ischu zurückzuführen. Der durch Harnstauung hervorgerufene Innendruck erzeugt ei Ischämie der Blasenwand. Dadurch wird die Resistenzfähigkeit des Gewebes gegen über der durch Katheterismus leicht zustandekommenden Infektion herabgesetz Die Keime dringen bis tief in die Muskulatur ein, wodurch es zu einer mehr od weniger ausgedehnten Gangrän kommt. Durch Operation wurde ein papillär Tumor in der Nähe der Harnröhrenmündung festgestellt. Die ganze Blasenwand w mit kleinen Tumoren übersät. Unter zunehmender Herzschwäche kam Patient z exitum. F. Harry-Wiesbaden.

Anatomie und Physiologie der Haut

Gröer, F. v.-Lemberg: Die kindliche Haut als Reaktionsorgan. Mschr. Kinderhlk., Bd. 44, H. 1/6, S. 1.

Verf. legt seine Ansichten über die Haut als Reaktionsorgan dar, vor allem mit Bezug auf die jeweiligen Dermoreaktionen. Die Neugeborenenperiode ist ebenso durch große Vulnerabilität der Haut als gesteigerte Dilatationsbereitschaft und herabgesetzte lymphagoge Reaktionsfähigkeit ausgezeichnet; ekzematogene Reize sprechen schlecht an. Unter fortschreitender Reifung erreicht die Haut des Kindes bald gute Reaktionsfähigkeit und ist leicht allergisierbar; in der Pubertätszeit entwickelt sie vor allem ihre Ausscheidungstätigkeit unter Änderung der Hautflora. Im Kindesalter beeinflußt Ernährung, Stoffwechsellage u. a. zweifellos erheblich die Reaktionsfähigkeit; letztere kann trainert werden. R. Ley-Kreuznach.

Nachdruck (auch des Abschnittes „Tagesg. Nachr.") ist ohne Genehmigung des Verlages nicht erlaubt

Verantwortlich für die Redaktion: für Originalabhandlungen und T.N.: Prof. Dr. J. H. Ernst Leipzig. Für den Referatenteil: Dr. Fritz Callomon, Dessau

Digitized by Google

Dermatologische Wochenschrift

Nr. 12 (Bd. 90) 22. März 1930

Aus Frederiksberg-Hospital, Abteilung C, zu Kopenhagen
(Direktor: Priv.-Doz. Dr. Harald Boas)

Zwei Fälle von Diphtherie der Haut

Von

Dr. Reidar Schroeder und Priv.-Doz. Dr. Harald Boas

Weil Fälle von Diphtherie der Haut im großen und ganzen nicht gewöhnlich sind und u. a. niemals in Dänemark beschrieben sind, können nachstehende Krankengeschichten vielleicht von Interesse sein.

Fall 1. September 1929 wurde ein kleines 1jähriges Mädchen ins Frederiksberg-Hospital eingebracht wegen eines schweren, aber anscheinend gewöhnlichen Impetigo im Gesicht. Es hatte niemals Kinderkrankheiten gehabt. Weil das Hautleiden nicht bei gewöhnlicher dermatologischer Behandlung in einer Woche schwand, wie es im allgemeinen der Fall ist, wurde man darauf aufmerksam, daß etwas anderes als ein gewöhnlicher Impetigo vielleicht vorliegen könnte. Man impfte von den impetiginösen Geschwüren, als Nahrungssubstrat wurde gewöhnliches Löffler-Serum verwendet. Das Hospitalslaboratorium antwortete: + Diphtheriebazillen.

Weil die gewöhnliche morphologische Untersuchung mit Färbung in Bies Flüssigkeit nicht ganz zuverlässig ist, wenn es sich um Identifizierung von Korynebakterien handelt, die von der Haut gezüchtet sind, wurde im Statens Seruminstitut zu Kopenhagen eine nähere bakteriologische Untersuchung vorgenommen mit folgendem Resultat:

Die Korynebakterien, die aus den Geschwüren reingezüchtet wurden, waren alle schlanke, leicht gekrümmte, grampositive Stäbchen. Bei Färbung mit Bies Flüssigkeit sieht man deutliche Polkörnchen. Bei Gramfärbung mit protrahierter Alkoholeinwirkung werden die Bazillen abgefärbt. Bei Wachstum auf Aszitesagar sind die Kolonien den typischen Diphtheriebazillenkolonien ähnlich. Es wurde Virulenzprobe auf zwei Meerschweinchen vorgenommen, von welchen das eine unmittelbar vor der Injektion 0 A.E. intrakardial bekam. 1,5 ccm einer 24 Stunden alten Bouillonkultur wurde subkutan unter die Bauchhaut eingespritzt; bei dem nicht antitoxinbeschützten Tier trat eine kleine Hautnekrose ein.

Bei Untersuchung der Fermentationsfähigkeit fand man das für den Diphtheriebacillus charakteristische Vergärungsbild, nämlich Säurebildung in Glyzerin, Glukose, Laktose, Lävulose, Mannose, Maltose, Stärke und Dextrin, während keiner der isolierten Arme Saccharose und Mannit fermentieren konnte. Die untersuchten winkelwachsenden Stäbchen waren schwach virulente Diphtheriebazillen.

Fall 2. Ein 12jähriger Knabe wurde ins Frederiksberg-Hospital wegen eines typischen Prurigo eingebracht. Er ist 4mal früher wegen desselben Leidens in der Hautteilung behandelt worden. Vor 10 Jahren hatte er eine schwere Rachendiphtherie; wahrscheinlich wurde er während seines ersten Hospitalaufenthaltes infiziert. Seit der ersten Hospitalbehandlung ist die Krankheit niemals vollständig geschwunden; der Knabe hat immer Jucken überall. Es findet sich jetzt ein Prurigo mit zahlreichen nässenden und verkratzten Elementen. Die Lokalisation ist weder charakteristisch für Hebras noch Besnier Prurigo. Weil das Leiden nicht bei gewöhnlicher dermatologischer Behandlung schwand, wurde von den exkoriierten Partien für Diphtheriebazillen geimpft. Antwort des Hospitalslaboratoriums war: + Diphtheriebazillen. Bei der bakteriologischen Untersuchung im Statens Seruminstitut fand man, daß die isolierten winkelwachsenden Stäbchen sich sowohl kulturell, morphologisch als fermentativ ganz

Digitized by Google

als echte Diphtheriebazillen verhielten. Die Virulenzprobe, die in ähnlicher Weise wie oben beschrieben angestellt wurde, gab keine Reaktion. Es handelte sich also in diesen Falle um avirulente Diphtheriebazillen.

Unter lokaler Behandlung mit Steinkohlenteer und intravenösen Injektionen von Metallosal-Mangan (Leo) schwand das Hautleiden fast vollständig.

Wenn eine anscheinend typische Hautkrankheit nicht bei gewöhnlicher Behandlung verschwindet, muß man immer erinnern, daß eine Infektion mit Diphtheriebazillen vorliegen kann, und man muß dann die notwendige bakteriologische Untersuchung vornehmen. In vereinzelten Fällen, die in Deutschland publiziert sind, hat man beobachtet, daß eine anscheinend unschuldige Hautdiphtherie schwere Paresen verursacht hat, ja, nach Übergang in die phlegmonöse Form, sogar Exitus.

Auch für die Umgebungen ist die Untersuchung auf Diphtheriebazillen von Wichtigkeit, indem die beiden Kinder, deren Krankengeschichten oben referiert sind, 4 andere Patienten, 3 Schwestern, 1 Wärter und 1 Wärterin mit Diphtherie infiziert hatten.

Die Bedeutung der eingehenden bakteriologischen Untersuchung von Korynebakterien, die von der Haut isoliert sind, geht aus untenstehender Krankengeschichte hervor:

Bei einem 8jährigen Knaben mit einem chronischen Ekzema capillitii wurden typische Diphtheriebazillen in der Nase und im Rachen nachgewiesen (das Hospitallaboratorium und Statens Seruminstitut). Bei wiederholten Impfungen von dem Kapillitium auf Löffler-Serum wurde die morphologische Diagnose: Diphtheriebazillen gestellt. Bei näherer bakteriologischer Untersuchung wurde folgendes gefunden:

Die aus dem Kapillitium isolierten Korynebakterien waren schlanke, gleichartig große, grampositive Stäbchen. Bei Färbung mit Bies Flüssigkeit sieht man deutliche Gürtelzeichnung. Bei Gramfärbung mit protrahierter Alkoholeinwirkung werden die Bazillen teilweise abgefärbt. Bei Wachstum auf Aszitesagar sind die Kolonien etwas größer als gewöhnliche Diphtheriebazillenkolonien. Bei Fermentation rufen sie Säurebildung in Glyzerin, Mannit, Glukose, Galaktose, Lävulose, Mannose und Saccharose hervor, aber nicht in Maltose, Stärke und Dextrin. Bei der Virulenzprobe, mit der oben beschriebenen Technik vorgenommen, wurde keine Reaktion beobachtet. Es handelt sich in diesem Falle um Pseudodiphtheriebazillen.

Zusammenfassung

Bei Impfung von 2 Fällen von etwas atypisch verlaufenden Hautkrankheiten wurden echte Diphtheriebazillen in den Geschwüren gefunden. Die bakteriologische Diagnose ist erhärtet bei Untersuchung der Fermentationsfähigkeit und Virulenz der isolierten Stämme, und ohne diese eingehenden Untersuchungen kann man nicht Korynebakterien, die aus der Haut isoliert sind, als echte Diphtheriebazillen bezeichnen.

Uran in der Dermatologie

Von

Dr. Hans Truttwin in Dresden

Uran ist in seinem Aussehen ein eisenähnliches Metall, das aus dem Uranpecherz gewonnen wird.

Sein gebräuchlichstes Salz, das Uranylnitrat, findet außer in der chemischen Analyse in der Photographie, Porzellanmalerei und zur Darstellung verschiedener Farben Verwendung (Urangläser).

Digitized by Google

Soweit die Uranverbindungen durch die Medizin überhaupt Beachtung fanden, so schah dies für interne Zwecke, indem es v. Jaksch gegen Diabetes empfahl; auch ausndische Autoren hoben seine gute Wirkung hervor[1]). Doch hat die Giftigkeit des rans, die allerdings nur bei Einverleibung der Sauerstoffsalze durch subkutane und travenöse Injektion und per os festgestellt wurde, weiteren diesbezüglichen Unterchungen Einhalt geboten.

Eine umfassende pharmakologische Arbeit über neuartige, von Truttwin[2]) herammende Uranjodverbindungen, insbesondere hinsichtlich der Applizierung in Form von lben, liegt von Lasch[3]) vor. Er faßt seine Untersuchungen über diese auf dem ndriolprinzip[4]) fußenden Körper wie folgt zusammen: „. . . . Es zeigte sich aber bei den ndriol-Uran-Präparaten, über welche Šavnik-Truttwin in Leipzig das erste Mal richteten[5]), daß es sowohl in der dermatologischen Anwendung beim Menchen wie ch bei den vorgenommenen Tierversuchen sehr wohl möglich ist, Uranverbindungen lokale Applikation zu bringen, ohne bei vorsichtiger Dosierung irgendwelche Schädingen anzurichten . . ." Auch waren lokale Reizungen an der Applikationsstelle selbst emals zu beobachten.

Die dem Andriol-Uran zugrunde liegende chemische Substanz ist einfach jodiertes an, das sich in kaum merklicher langsamer „Zersetzung" unter ständiger Abgabe nimaler Jodmengen befindet (Andriolprinzip).

Daß dieser Jodgehalt, der bei der stärksten Andriol-Uran-Salbe „XVIII"[5]) etwa % beträgt, auch auf empfindliche Haut ohne besondere Reaktion ist, mutet gewiß rkwürdig an, wurde jedoch bereits von Nowak[6]) hervorgehoben (Klinik Kreibich), auf die auffallend gute Verträglichkeit trotz des hohen Jodgehaltes „bei chronischen, gen die verschiedenen üblichen Medikationen sich als äußerst reizbar erwiesenen zemen" hinwies. Nowak verwendete das unterm Namen „Chronex(al)" im Handel findliche Präparat, das als wirksame Substanz Andriol-Uran (nebst 0,2% Andriol-Bi) thält und als Grundlage Zinkoxyd und eine Lanolin-Wachsöl-Emulsion.

Uran als dermatologisches Heilmittel zu benutzen, war die logische Folgerung aus r Tatsache der Verwendung des Pechblende-Radiums, das infolge seines atomaren Zerfalls n hoher Toxizität, aber in den bekannten Anwendungsgrenzen von allerdings unerchter Heilwirkung ist. Dieser Gedanke, statt der Emanation der Pechblende deren antitativ wesentlichsten Bestandteil dermato-therapeutisch zu verwerten, lag nahe.

Bei der systematischen klinisch-vergleichenden Untersuchung zeigte sich freilich, ß das Element Uran als solches auch seine spezifischen Eigenschaften hat, außer gemäß nem Metallcharakter, adstringierend zu wirken: es ist nämlich in hohem Grade elektiv d antiparasitär.

Die häufig beobachtete hohe Tiefenwirkung des Andriol-Urans[7])[8]) ist auf die lockere dung mit dem Jod zurückzuführen, das nach dem Andriolprinzip[4]) nach Art einer komotive wirkt, wozu der stete status nascens zwingt.

Das Hauptanwendungsgebiet für das Uran (Andriol-Uran) ist nach den bisherigen tersuchungen das chronische und subakute Ekzem, Lupus vulgaris, Trichophytie, Fungus, borrhoe, Herpes tonsurans und vornehmlich auch Lichenaffektionen.

In der Klinik Kreibich (Dr. Dufke) stehen jetzt ausgedehnte Versuche mit einem ch hinsichtlich der Konzentration modifizierten Chronex(al) vor dem Abschluß und rden in diesem Blatt veröffentlicht.

Die als Urandil bezeichnete neue Salbe zeichnet sich nach den bisherigen Erfahngen durch ihre auffallend günstige Wirkung besonders auch beim nässenden akuten zem aus.

Mit besonderem Nachdruck sei hervorgehoben, daß auch in der Dermatologie des ndes[9]) (verschiedene hartnäckige Ekzeme, Lichen chron. Vidal, Impetigo contagiosa, kubitusgeschwüre, Herpes zoster, Varizellen und vor allem auch Granuloma anullare) nangenehme Nebenerscheinungen bei einem großen Spitalmaterial mit ganz vereinzelten snahmen lokaler Reizungen niemals gesehen wurden, obwohl die Andriol-Uran-Salben ch bei Säuglingen verwendet wurden."

---

[1]) Likudi, Wratsch, 1895, Jahrg. 16, S. 1056 (Uransalze wirken 4mal stärker antiptisch als Karbolsäure). — West. Brit. m. J., 1895., 24. 8 Chittenden-Lamberts; Ref. Z.f. ol. 1889, 25. — [2]) M. Kl. 1923. 9. — [3]) W. m. W. 1924, 25. — [4]) Truttwin, M. m. W. 25, 5. — [5]) Es gibt Andriol-Uran-Salbe III (mite), VI (normal) und XVIII (fortior) Handel. — [6]) Derm. W., 1927, 32. — [7]) Scherber, W. m. W., 1923, 14. — [8]) Schwank, B. rm., 1924, 4. — [9]) Kundratitz (Leiner), W. m. W., 1924, 43.

Digitized by Google

Wechselmann und Lademann[1]) haben die interessante Beobachtung gemacht, d das Andriol-Uran (in Lösung) die durchschnittliche Heilungsdauer bei Ulcus m (51 Fälle) auf 13,6 Tage herabsetzt und daß dabei der Heilungsverlauf so typisch daß bei Verzögerung oder Nichteintreten desselben eine Mischinfektion als wahrscheinl angenommen werden konnte. Die Betupfungen erwiesen sich als schmerzlos und rie nie eine lokale entzündliche Reaktion hervor.

Das Andriol-Uran ist eine hellbraune Flüssigkeit mit etwa 26% Uranoxyd aus ihr angefertigten Salben sind ebenso wie die Lösung geruchlos und haben den V zug, daß bei ihrer Verwendung keine lästige Verfärbung auftritt.

Zusammenfassend kann man sagen, daß die Verwendung des Urans in Dermatologie neu ist und durch das Andriol-Uran inauguriert wurde. Die bisher v liegenden klinischen Beobachtungen lassen den Schluß zu, daß hier eine theoretisch praktisch interessante Neuerung vorliegt, deren Ausbau noch weitere beachtenswerte T sachen sowohl hinsichtlich der Pharmakologie als auch der Therapie zeitigen wird.

Die zweite Verordnung über die Ausdehnung der Unfallversicherung auf Berufskrankheiten in ihrer Bedeutung für die Dermatologie[2])

Von

Prof. Dr. Chajes in Berlin

Schon seit Jahren wurde von gewerbehygienisch interessierten Kreisen die E schädigung der Berufserkrankungen, insbesondere der gewerblichen Vergiftungen, gleicher Weise wie die der Betriebsunfälle angestrebt. Während in anderen Länd z. B. in den Niederlanden, England, Frankreich, Spanien, Italien usw., eine E schädigungspflicht für Berufskrankheiten schon seit mehr oder weniger langer Z besteht, in der Schweiz sogar schon seit dem Jahre 1877, war dies in Deutschl bis zum Jahre 1925 der Fall. Von dem § 547 der RVO., nach dem durch die Rei regierung die Unfallversicherung auf bestimmte gewerbliche Berufskrankheiten a gedehnt werden kann, war nicht Gebrauch gemacht worden. Zum erstenmal st sich die Verordnung des Reichsarbeitsministers über die Ausdehnung der Unfall sicherung auf gewerbliche Berufskrankheiten (vom 12. Mai 1925) auf diesen Pa graphen.

Es wurden hier eine Reihe von Berufskrankheiten— durchaus nicht etwa a die auch nach dem heutigen Stande der Wissenschaft zweifelsfrei als solche zu c rakterisieren sind — in die Unfallversicherung einbezogen, und zwar Erkrankun 1. durch Blei und seine Verbindungen, 2. durch Phosphor, 3. durch Quecksilber u seine Verbindungen, 4. durch Arsen und seine Verbindungen, 5. durch Benzol u seine Homologen, durch Nitro- und Amidoverbindungen der aromatischen Re 6. durch Schwefelkohlenstoff, 7. Erkrankungen an Hautkrebs durch Ruß, Paraf Teer, Anthrazen, Pech und verwandte Stoffe, 8. grauer Star bei Glasmachern, 9. E krankungen durch Röntgenstrahlen und andere strahlende Energie, 10. Wurmkra heit der Bergleute, 11. Schneeberger Lungenkrankheit.

Es wurde befürchtet, daß die Belastung der Berufsgenossenschaften durch e größere Ausdehnung der Entschädigungspflicht auf Berufskrankheiten zu groß werd könnte, daher wurde die erste Liste nur auf die erwähnten 11 Punkte beschra Wie verhältnismäßig gering diese Belastung in Wirklichkeit war, ergibt sich dara daß die Ausgaben für Berufskrankheiten von 272784 M. im Jahre 1926 auf 586[illegible] im Jahre 1927 stiegen. Von den Gesamtaufwendungen für Unfallverletzte kom nur ein Anteil von 0,25% (0,13) auf die Berufskrankheiten.

Bei annähernd 12 Millionen Versicherten in der gewerblichen Unfallversi rung kommen an Ausgaben für Berufskrankheiten nur rund 5 Pf. auf einen V sicherten. In den nächsten Jahren ist allerdings mit einem Anwachsen dieser A

---

[1]) M. Kl., 1925, 38.

[2]) Vortrag, gehalten vor der „Berliner Dermatol. Gesellschaft" am 29. XI

Digitized by Google

ben infolge wachsender Rentenzahlen zu rechnen, namentlich aber auch durch die swirkung der Zweiten Verordnung über Berufskrankheiten vom 11. Februar 1929. tzteres kann aber erst in der Statistik für 1929 in Betracht kommen.

Bei dieser verhältnismäßig geringen Belastung der Berufsgenossenschaften durch e Berufskrankheiten und bei der willkürlichen Auswahl der entschädigungspflich-gen Erkrankungen in der Verordnung vom 12. Mai 1925 war es jedem Sach-rständigen klar, daß eine Ergänzung der Verordnung über kurz oder lang kommen ußte. Und in der Tat trat bereits die „Zweite Verordnung über Ausdehnung der nfallversicherung auf Berufskrankheiten vom 11. Februar 1929" mit Wirkung vom Januar 1929 in Kraft. Es sind nachstehende Erkrankungen hinzugetreten: Nr. 5 r neuen Liste: Erkrankungen durch Verbindungen des Mangans, Nr. 8: Erkran-ngen durch Schwefelwasserstoff, Nr. 9: Erkrankungen durch Kohlenoxyd, Nr. 11: ronische und chronisch-rezidivierende Hauterkrankungen durch Galvanisierungs-beiten, Nr. 12: chronische und chronisch-rezidivierende Hauterkrankungen durch otische Holzarten, Nr. 13: chronische und chronisch-rezidivierende Hauterkran-ngen durch Ruß, Paraffin, Teer, Anthrazen, Pech und verwandte Stoffe, Nr. 14: rkrankungen der Muskeln, Knochen, Gelenke durch Arbeiten mit Preßluftwerk-ugen, Nr. 15: Erkrankungen der tieferen Luftwege und der Lunge durch Thomas-hlackenmehl, Nr. 16: schwere Staublungenerkrankungen, Nr. 18: durch Lärm ver-sachte Taubheit oder an Taubheit grenzende Schwerhörigkeit, Nr. 19: grauer Star, r. 21: Tropenkrankheiten, Fleckfieber, Skorbut, Nr. 22: Infektionskrankheiten.

Nach dem § 1 der zweiten Verordnung sind Berufskrankheiten im Sinne der nfallversicherung die erwähnten Krankheiten, wenn sie durch die berufliche Be-häftigung in einem in Spalte III der Anlage der Verordnung neben der Krankheit zeichneten Betriebe verursacht sind. Neben der eben skizzierten Erweiterung des reises der Berufskrankheiten bringt die zweite Verordnung eine Reihe von Verbesse-ngen im Vergleich zur ersten Verordnung vom 12. Mai 1925. Vor allem ist es chtig, daß die neue Verordnung eine rückwirkende Kraft erhalten hat. Der § 12 utet nämlich: „Für eine Berufskrankheit, die bei dem Inkrafttreten dieser Verord-ng bestand oder nachher entstand und die nicht ohnehin nach den vorangehenden orschriften oder auf Grund der Verordnung über Ausdehnung der Unfallversiche-ng auf gewerbliche Berufskrankheiten vom 12. Mai 1925 (Reichsgesetzbl. I, S. 69) entschädigen ist, wird die Entschädigung nach dieser Verordnung gewährt, wenn e Krankheit wesentlich durch berufliche Beschäftigung nach dem 31. XII. 1919 in em Betriebe verursacht ist, der in Spalte III der Anlage bezeichnet ist."

In der neuen Verordnung ist eine Unklarheit, welche die Fassung der ersten rordnung mit sich brachte, beseitigt worden. Es ist nunmehr jeder Arzt, der rankheitserscheinungen feststellt, die den begründeten Verdacht einer Berufskrank-it rechtfertigen (§ 7, Absatz 1), verpflichtet die Feststellung dem Versicherungsamt f dem vom Reichsversicherungsamt vorgeschriebenen Formular unverzüglich anzu-ig:n. Das Versicherungsamt sendet eine Abschrift dieser Anzeige dem beamteten rzt und dem Gewerbeaufsichtsbeamten (§ 8).

Eine weitere wichtige Vorschrift ist im § 5 der Verordnung vom 11. Februar 29 enthalten. Ist nämlich zu befürchten, daß eineBerufskrankheit entstehen, wieder-tstehen oder sich verschlimmern wird, wenn der Versicherte weiter in einem Be-ebe, der mit besonderen Gefahren für seine Person verbunden ist, weiterverwendet rd, dann kann ihm der Versicherungsträger, bei dem der Betrieb versichert ist, ne Übergangsrente bis zur Hälfte der Vollrente so lange gewähren, als er die Tätig-it in solchem Betriebe überläßt. Die Rente wegen Erwerbsunfähigkeit ist neben r Übergangsrente zu gewähren.

In der ersten Verordnung vom 12. Mai 1925 wurden von Hauterkrankungen unter iffer 7 der Anlage 1 nur „Erkrankungen an Hautkrebs durch Ruß, Paraffin, Anthrazen, ch und verwandte Stoffe" besonders als entschädigungspflichtige gewerbliche Berufs-rankheiten hervorgehoben. Man konnte ferner Ziffer 9 der Anlage 1 der genannten erordnung „Erkrankungen durch Röntgenstrahlen und andere strahlende Energie" enfalls unter die Gruppe „Hauterkrankungen" einbeziehen. Auch bei anderen in r ersten Verordnung angeführten Berufskrankheiten, z. B. den Erkrankungen durch uecksilber und seine Verbindungen, durch Arsen und seine Verbindungen, durch enzol und seine Homologen sowie durch Nitro- und Armidoverbindungen der aro-atischen Reihe finden sich neben anderen Symptomen auch Hauterkrankungen. Der eichsarbeitsminister hatte „Richtlinien über gewerbliche Berufskrankheiten" am

Digitized by Google

6. August 1925 erlassen, in denen z. B. die durch Benzol und seine Homologen, ferner die durch Nitro- und Amidoverbindungen der aromatischen Reihe bedingten Hauterkrankungen nicht angeführt waren. Die Berufsgenossenschaften, insbesondere die der chemischen Industrie, stellten sich auf den Standpunkt, daß solche Hauterkrankungen nicht melde- oder entschädigungspflichtig seien, weil sie eben nicht in den erwähnten Richtlinien angeführt waren. Erst nachdem in einer grundsätzlichen Entscheidung des Reichsversicherungsamts im Februar 1927 festgestellt wurde, daß die Richtlinien keine rechtlich bindende Kraft haben, stand prinzipiell der Anerkennung von Hauterkrankungen, soweit sie durch Stoffe der ersten Verordnung hervorgerufen waren, nichts im Wege. In der zweiten Verordnung vom 11. Februar 1929 sind die Richtlinien des Reichsarbeitsministers vom 6. August 1926 überhaupt fortgefallen; es ist in Aussicht genommen, Merkblätter über die einzelnen Erkrankungen herauszugeben, die jedoch bisher noch nicht erschienen sind.

Während also nach der ersten Verordnung vom 12. Mai 1925 nur sehr wenige Hauterkrankungen melde- und entschädigungspflichtig waren (Hauterkrankungen durch Quecksilber, Arsen, Benzol und seine Homologen, aromatische Nitro- und Amidoverbindungen neben Hautkrebs durch Ruß usw.) und deshalb in der Praxis kaum eine Rolle spielten, ist das durch den Erlaß der zweiten Verordnung anders geworden. Neben den Hauterkrankungen, welche durch die sonst in der Verordnung aufgeführten Schädigungen entstehen, sind unter Ziffer 10 bis 13 noch folgende ausdrücklich erwähnt:

chronische und chronisch-rezidivierende Hauterkrankungen durch Galvanisierungsarbeiten,

chronische und chronisch-rezidivierende Hauterkrankungen durch exotische Holzarten,

chronisch und chronisch-rezidivierende Hauterkrankungen durch Ruß, Paraffin, Teer, Anthrazen, Pech und verwandte Stoffe.

Schon diese Auswahl zeigt, daß weder vom Standpunkt des Arztes noch von dem des Technikers eine rationelle Auswahl der entschädigungspflichtigen Hauterkrankungen getroffen worden ist. Es ist unverständlich, warum gerade die Galvaniseure mit ihren Hauterkrankungen der Entschädigungspflicht durch die Berufsgenossenschaften unterliegen, während Dutzende von Berufen, wie z. B. Polierer, Beizer, Maler, Lackierer und viele andere mehr, die ebenso sehr durch chronische und chronisch-rezidivierende Hauterkrankungen bedroht und geschädigt werden, nicht in gleicher Weise unter den Schutz der Verordnung fallen. Es ist ferner unverständlich, warum Tischler, die Hauterkrankungen durch exotische Hölzer bekommen haben, unter die Verordnung fallen, obwohl sie sehr wohl die Möglichkeit haben, in gleicher Berufsarbeit mit anderen ungefährlichen Holzarten beschäftigt zu werden; Möbelpolierer und -beizer, die an Gewerbeekzemen leiden, die ihren Beruf aber nicht ohne große wirtschaftliche Einbuße wechseln können, werden jedoch durch die Verordnung nicht erfaßt! Nach welchen Gesichtspunkten der Gesetzgeber diese Auswahl der entschädigungspflichtigen Hauterkrankungen getroffen hat, ist nicht ersichtlich und mir auch nicht bekannt. Als ich im November 1927 im vorläufigen Reichswirtschaftsrat als Sachverständiger fungierte, hatte ich beantragt, „alle chronischen oder rezidivierenden gewerblichen Hautkrankheiten, insofern dadurch längere Arbeitsunfähigkeit entstanden ist oder Beschränkung der Erwerbsfähigkeit entsteht," der Unfallversicherung zu unterstellen. Wäre dieser oder ein ähnlicher Antrag Gesetz geworden, so wäre die schreiende Ungerechtigkeit vermieden worden, daß einzelne, willkürlich ausgewählte Berufsgruppen bevorzugt wurden, während andere ohne erkennbare Gründe benachteiligt sind. Abgesehen von dieser sozialen Ungerechtigkeit wären aber auch große Schwierigkeiten der Begutachtung und bei der Rechtsprechung vermieden worden, Schwierigkeiten, die sofort skizziert werden sollen. Schon der Begriff „chronisch- und chronisch-rezidivierende Hauterkrankungen" ist unklar und bedarf einer Auslegung, die für die Begutachtung und Rechtsprechung geeignete Normen abgeben muß. Man versteht unter „chronischen" Hauterkrankungen solche, bei denen sich der Krankheitsverlauf über einen langen Zeitraum erstreckt. Für die Entstehung solcher Erkrankungen, insbesondere des Gewerbeekzems, kommt entweder die dauernde Einwirkung schädigender Ursachen oder aber auch nur ein vorübergehend wirkender Reiz in Frage. Gerade manche Gewerbeekzeme können die Wirkung des schädlichen Agens zeitlich unbegrenzt überdauern. Gleichgültig ist es dabei, ob die Krankheitserscheinungen in leichter oder schwerer Form auftreten. Wiederholt sich die E-

Digitized by Google

rankung ein oder mehrere Male nach einer längere oder kürzere Zeit anhaltenden Heilung auf Grund einer gleichen oder ähnlichen Schädigung, so spricht man von iner „chronisch-rezidivierenden" Erkrankung. Wichtig ist ferner, daß das Fehlen er Notwendigkeit einer Heilbehandlung der Heilung im Sinne der Unterbrechung es Krankheitsprozesses gleichgesetzt werden kann. Für versicherungsrechtliche wecke müssen nun aus Zweckmäßigkeitsgründen bestimmte Zeitmaße festgelegt erden, welche als Anhaltspunkte für die praktische Abgrenzung von „chronischen" nd „chronisch-rezidivierenden" Hauterkrankungen zu dienen haben. Eine derartige eitbemessung ist ja kein Novum, es sei nur an die heute gültige Definition des Beriffes der „Plötzlichkeit" bei Betriebsunfällen erinnert, wobei als äußerste Grenze ne Arbeitsschicht angenommen wird. Bei meinen Begutachtungen lege ich im llgemeinen bei den chronischen Hauterkrankungen eine Dauer von 3 Wochen zugrunde. Meist wird ja in dieser Zeit überhaupt Arbeitsunfähigkeit estehen; in jedem Falle ist es aber erforderlich, daß während eines erheblichen Teiles des Zeitraumes von 13 Wochen Arbeitsunfähigkeit bestanden und der Erkrankte auch seine Berufstätigkeit ausgesetzt hat. ur durch das Ausschalten der mit der Arbeit verbundenen schädlichen Einwirkungen ird in der Regel eine Heilung erreicht werden können. Eine derartige Zeitspanne t auch notwendig, um die verschiedenen Heilmethoden einschließlich der Röntgenstrahlung anwenden und in ihrer Wirksamkeit beurteilen zu können. Man wird lso solche Hauterkrankungen als chronisch bezeichnen, die mindestens 3 Wochen bestehen und bei denen trotz ärztlicher Behandlung und mindestens sechswöchiger Dauer der Arbeitsunfähigkeit keine Heilung erielt worden ist; der Heilung ist der Fortfall der Notwendigkeit der Heilbehandlung gleichzusetzen. Für die Annahme einer chronisch-rezidivierenen Hauterkrankung ist es erforderlich, daß es sich einerseits um die gleichen Erankungsformen wie bei einem vorangegangenen Krankheitsprozeß handelt, und daß ndererseits diese frühere Erkrankung geheilt war. Nicht ausschlaggebend ist es, ob er schädigende Stoff der gleiche war; maßgebend für die Entschädigung ist nur, daß er schädigende Stoff in der Liste zur zweiten Verordnung vom 11. Februar 1929 ufgeführt ist.

Außer dieser Schwierigkeit, die in einer mangelnden Definition von chronisch nd chronisch-rezidivierend liegt, kommt bei der Beurteilung der Hauterkrankungen och eine weitere hinzu: Der Arzt — und hier wird ja besonders der Dermatologe avon betroffen — muß zu eruieren suchen, ob tatsächlich die Galvanisierungsarbeiten der die exotischen Holzarten oder Ruß, Anthrazen, Paraffin, Pech und verwandte toffe die Hautkrankheit verursachen. Zumeist handelt es sich ja um gewerbliche Dermatiden oder Ekzeme, welche kein für die genannten ursächlichen Stoffe spezisches Aussehen darbieten und die genau so wie durch galvanische Bäder auch urch Politurflüssigkeit, Lacke und viele andere Stoffe mehr hervorgerufen sein önnen. Der Arzt wird daher durch eine möglichst in Einzelheiten gehende Anamnese die Tätigkeit des Erkrankten analysieren, insbesondere auf bestimmte Überempfindlichkeiten fahnden müssen. Es muß also zu erforschen gesucht werden, mit elchen Substanzen der Patient in Berührung kommt, ob familiäre Allergien (Urtiaria, Asthma, Ekzem, Heufieber usw.) bei ihm bzw. in seiner Familie aufgetreten nd. Es ist ferner erforderlich, daß der Arzt den in Frage kommenden Arbeitsrozeß zum mindesten theoretisch kennt. Für den nachuntersuchenden „geeigneten" rzt wird es erforderlich sein, bestimmte Betriebe zu besichtigen, um eine richtige rsächliche Beurteilung des gemeldeten Krankheitsfalles vornehmen zu können. Die childerungen der chronischen und chronisch-rezidivierenden Hauterkrankungen der weiten Verordnung, die im nachstehenden kurz gegeben werden, werden daher hauptichlich das Vorkommen und die ursächlichen Momente der Hauterkrankungen beücksichtigen, während auf das Krankheitsbild selbst nur kurz eingegangen werden oll, da es ja jedem Dermatologen wohlbekannt ist.

Chronische und chronisch-rezidivierende Hauterkrankungen durch Galvanisierungsarbeiten

1. Vorkommen: Durch Galvanisieren werden Metalle mit einer Schicht von nderen Metallen auf elektrischem Wege überzogen, und zwar entweder damit sie esser aussehen oder gegen die Einflüsse von atmosphärischer Luft usw. widerstandsähiger werden. Man verwendet hierzu Gold, Silber, Nickel, Kupfer, Zink, Zinn,

Digitized by Google

Messing usw. Bei der Galvano- oder Elektroplattierung (Galvanostegie) werden metallische Gegenstände mit einer dünnen Schicht eines anderen Metalls fest überzogen, bei der Galvanoplastik wird auf Formen aus Gips, Wachs, Guttapercha usw. ein gewöhnlich ablösbarer Metallüberzug auf elektrolytischem Wege hergestellt. Die zu galvanisierenden Arbeitsstücke werden gereinigt und entfettet und gelangen dann in „Bäder", durch welche ein elektrischer Strom hindurchgeleitet wird. Die zu galvanisierenden Gegenstände werden mit dem negativen Pol verbunden, während das aufzubringende Metall mit dem positiven Pole in Verbindung steht. Nach der Entfernung aus dem Bade werden die galvanisierten Gegenstände mit heißem Wasser abgespült und getrocknet. Dieser eben geschilderte Arbeitsprozeß bedingt in seinen verschiedenen Phasen eine Reihe von Schädigungsmöglichkeiten der Haut.

a) Beim Reinigen und Entfetten werden die zu bearbeitenden Gegenstände in verschiedener Weise behandelt: durch Bürsten und Abscheuern mit Seifenlösung auch mit verdünnten Säuren, z. B. Essigsäure usw., durch Bürsten mit Ätzkalk und Ätznatron oder mit Wiener Kalk (Kalziummagnesiumoxyd), durch Kochen mit verdünnter Natronlauge, durch Behandeln mit Lösungen von Natrium- oder Wasserstoffsuperoxyd, Perborat usw., ferner durch Waschen mit Petroleum, Benzin, Benzol, Trichloräthylen, seltener durch Tetrachlorkohlenstoff und -aethan. Vielfach werden Gegenstände aus Kupfer vor dem Versilbern oder Vergolden mit einer Beize aus Kalium-Quecksilberzyanid usw. vorbehandelt („verquickt"). Neben der Reiz- und Ätzwirkung der verschiedenen genannten Chemikalien kommt bei den Entfettungsmitteln hinzu, daß sie den schützenden Fettgehalt der Haut beseitigen und so die Haut besonders für die schädigenden Einwirkungen der verschiedenen reizenden Substanzen disponieren.

b) Beim Galvanisieren selbst kann schon die Zubereitung der Bäder zu Hautschädigungen führen, da die stark giftigen Ingredienzien, wie Zyankali, Arsenik, Kupfervitriol, Königswasser, Nickelsulphat usw., durch Verstäuben, Verspritzen, Verdunsten usw. nachteilig wirken. Durch die Verwendung der im Handel befindlichen fertig zubereiteten Salzmischungen, die nur in Wasser aufgelöst zu werden brauchen, wird diese Gefahrenquelle zum erheblichen Teil ausgeschaltet. Beim Einbringen der zu galvanisierenden Gegenstände in das Bad ebenso beim Entfernen und dem Abspülen werden Hautschädigungen durch die Einwirkung der Badeflüssigkeit bedingt; diese stellen sich um so leichter ein, wenn kleine Verletzungen der Haut schon vorhanden waren.

2. Krankheitsbild: Neben den allgemeinen Schädigungen, die durch Arsenwasserstoff, Schwefelwasserstoff, Blausäure usw. zu allgemeinen Vergiftungserscheinungen führen und auf die hier nicht näher eingegangen werden soll, kommen durch den Arbeitsprozeß beim Galvanisieren besonders zahlreiche Hauterkrankungen zustande (Rötungen an den Händen und Unterarmen, Bläschen und papulöse Efflorescenzen, sekundäre Infektionen). Auch in chronisch verlaufenden oder in chronisch-rezidivierenden Fällen beherrscht die Infiltrierung der Haut, Schuppen- und Rhagadenbildung das Krankheitsbild. Besonders in den chronisch-rezidivierenden Fällen flackert die Hautentzündung bisweilen — auch wenn der Erkrankte bereits mit seiner Tätigkeit aufgehört hat — ohne erkennbaren Grund plötzlich auf und verbreitet sich mehr oder weniger schnell über das Gesicht, den Nacken und andere früher nicht der schädigenden Einwirkung direkt ausgesetzte Körperteile. Gerade dies unberechenbare Aufflackern des Ekzems bedingt die Häufigkeit und die Dauer der Arbeitsunfähigkeit und die Ungewißheit der Prognose. Neben diesen ekzematösen Hautentzündungen entstehen durch die direkte Einwirkung der verschiedenen Bäder, ferner durch Ätzkalk usw. Verätzungen in Form von kreisrunden Geschwüren.

Chronische und chronisch-rezidivierende Hauterkrankungen durch exotische Holzarten

Vorkommen: Durch eine Reihe von vegetabilischen Stoffen werden Hauterkrankungen hervorgerufen; sowohl lebende Pflanzen, z. B. Primeln, Hopfen u. a. wie auch getrocknete Pflanzenprodukte und Damen, besonders aber bestimmte Holzarten, sind als Ursachen von Hautentzündungen festgestellt worden. Wenn in der Verordnung vom 11. Februar 1929 nur die Hauterkrankungen durch exotische Holzarten unter die melde- und entschädigungspflichtigen Berufskrankheiten einbezogen sind, so geschah das deshalb, weil gerade diese harzreichen Hölzer infolge ihres Gehaltes an ungesättigten Harzsäuren und Alkaloiden bei dazu disponierten Per-

Digitized by Google

nen besonders leicht Entzündungen hervorrufen. Bei dem Holz der afrikanischen che (Iroko) wurde eine Reizwirkung durch Schimmelpilze beobachtet, die sich i Transport der Stämme in dem lauwarmen Wasser der Flüsse gebildet hatten. a die Verwendung dieser Holzarten fast ausschließlich in der Möbelfabrikation, ootbauerei, beim Waggon- und Schiffsbau (besonders von Teakholz) stattfindet, id die in Frage kommenden Berufstätigen Tischler, Bootsbauer usw. Am meisten rd verwendet: Satinholz (aus Ost- und Westindien, Jamaika, Guyana), auch Atlas-, iden-, Feroleholz genannt, Mahagoniholz (Indien und Westafrika, Singapore), akhalz (Ostindien, Java, Birma), Buchsbaumholz (Afrika, Marakaibo), Ebenholz frika, Ostindien, Molukken), Palisanderholz (Brasilien), afrikanische Eiche (Iroko), senholz, Moah-, Okome-, Makassaholz usw. Ich selbst habe vor kurzem Toxikoermie durch Zitronenholz beobachtet.

Krankheitsbild: Bei der Verarbeitung der genannten Holzarten wird, beiders beim Sägen, Hobeln, Schleifen usw., durch den Holzstaub eine Dermatitis rursacht. Zweifellos bildet eine besondere Disposition oder Idiosynkrasie der belenen Individuen die Voraussetzung für das Entstehen der Erkrankung. Nach einer tenzzeit von einigen Stunden bis Tagen wird zumeist an den unbedeckten Hautrtien, die der Einwirkung des Holzstaubes ausgesetzt sind, also am Gesicht, Hals, inden und Armen, durch Berührung mit staubigen Händen auch bisweilen an den nitalien, eine Dermatitis hervorgerufen. Es treten starke Schwellungen der Haut, sonders an den Augenlidern auf, ebenso Bläschen und Pusteln, Quaddeln und peln. Diese Hautaffektionen zeigen im allgemeinen einen langsamen Heilungslauf. Bisweilen bleibt es bei einer Krankheitsattacke; es tritt eine Unempfindlichit ein, die kürzere oder längere Zeit, ja mitunter dauernd, anhalten kann. Öfters igert sich aber die Empfindlichkeit der Haut, es kommt zu einer Sensibilirung, die dann auch bei immer kürzerer Einwirkung der schädigenden Holzbarten zu heftigen Hauterscheinungen führt, welche nicht nur unter dem Bilde akuten Hautentzündung, sondern auch dem der subakuten und chronischen, ssenden und schuppenden Ekzeme verlaufen. Entzündungen des Auges, der leimhäute und der Atmungsorgane sowie Fieber, Kopfschmerzen und Übelkeit rden bisweilen als Begleiterscheinungen der Hauterkrankung beobachtet.

Chronische und chronisch-rezidivierende Hauterkrankungen durch Ruß, Paraffin, Teer, Anthrazen, Pech und verwandte Stoffe

Während in der Verordnung vom 12. Mai 1925 nur Erkrankungen an Hautbs als melde- und entschädigungspflichtig bezeichnet wurden, ist in der zweiten rordnung die Beschränkung auf die Hautkrebse fallen gelassen und die Entschädiigspflicht auf alle Hauterkrankungen durch Ruß usw. ausgedehnt worden. Damit der Gesetzgeber eine von medizinischer Seite stets betonte notwendige Forderung illt. Will man nämlich die Hautkrebserkrankungen entschädigen und verhüten, muß natürlich der Schutz der Verordnung auf die lange der Krebsbildung voranenden chronischen ekzematösen und hyperkeratotischen Erkrankungen der Haut gedehnt werden.

Gewinnung und Verwendung

Ruß: Durch unvollständige Verbrennung kohlenstoffreicher organischer Subnzen (Teer, Mineralöl, Harze) schlägt sich aus der leuchtenden Flamme der Ruß der; in Kammern mit entsprechend reguliertem Luftzutritt wird Gas, Öl, Harz usw. besonders konstruierten Lampen verbrannt. Die Verwendung des gewonnenen es ist recht mannigfach: es wird zur Bereitung von Farben, Tusche, Schuhwichse l -creme, Feuerwerkskörpern usw. gebraucht. Die mit der Herstellung dieser Stoffe chäftigten Arbeiter in Farbenfabriken usw. sind der Rußeinwirkung ausgesetzt, ürlich in besonderem Maße die Arbeiter bei der Rußgewinnung, welche den Ruß den Kammern zu entfernen, zu sieben und in Fässer zu packen haben. Auch die ornsteinfeger sind besonders der Rußeinwirkung ausgesetzt.

Für die Gewinnung der anderen in der zweiten Verordnung genannten Subnzen kommen das Erdöl und die verschiedenen Teere in Frage. Die Rohöle aus erika, Rußland, Galizien, Deutschland usw. enthalten rund zur Hälfte Rückstände asut), welche als wertvolles Heizmaterial, z. B. für Dieselmotore, dienen; auch Herstellung von Schmierölen mittels Destillation usw. werden diese Rückstände wendet, wobei das Pech zurückbleibt. Unter den Teeren, die durch Destillation

Digitized by Google

von Stein- und Braunkohle, Torf, Holz u. a. m. gewonnen werden, spielt der di... flüssige schwarze Steinkohlenteer, der in Gasanstalten und Kokereien hergest... wird, die wichtigste Rolle. Er enthält aromatische Kohlenwasserstoffe (Benzol u... seine Homologe, Naphthalin, Anthrazen usw.), Phenole (Kresole, Naphtole), Koh... wasserstoffe der Methanreihe ($C_nH_{2n}+2$), Paraffine genannt, Sulfide und St... stoffverbindungen (Ammoniak, Anilin usw.) und endlich Pech und Asphalt. In d... Destillation wird der Teer durch Erwärmen mittels einer Dampfschlange von Was... und Ammoniak befreit und in eisernen Retorten (Teerblasen) destilliert, wobei m... das Destillat nach dem spezifischen Gewicht in 3—4 Fraktionen teilt. Man unte... scheidet 1. die Leichtöle (aus ihnen werden Benzol, Toluol, Xylol, Pyridinbasen g... wonnen), 2. und 3. die Mittel- und Schweröle (daraus Gewinnung von Kresolen, Ph... nolen, Naphthalin), 4. das Anthrazenöl, aus dem das Rohanthrazen hergestellt wir... es enthält ferner neben den verschiedenen festen Kohlenwasserstoffen und Stickstoff... verbindungen auch Paraffine. Praktisch wichtig ist ferner das Karbolineum, ei... braunschwarzes konservierendes Öl, das Anthrazenöl enthält und zu Anstrichszwecke... benutzt wird.

Der Braunkohlenteer, der besonders aus der in Sachsen vorkommend... hellen Schwelkohle gewonnen wird, ist braun, übelriechend, spezifisch leichter a... der Steinkohlenteer; er enthält ebenfalls viel flüssige und feste Kohlenwasserstoff... der Methanreihe, ferner ungesättigte und aromatische Kohlenwasserstoffe (Kreos... bis zu 4% Schwefel und Stickstoff. Bei der Destillation mit Wasserdampf im V... kuum gehen zuerst leichtes Rohöl und die Paraffinmasse, dann die schweren Öl... über, während Pech und Koks (Grudekoks) zurückbleiben. Auch aus Ölschiefer u... besonders aus Naphtharückständen wird Paraffin gewonnen. Die Masse wird dan... weiterverarbeitet und so entstehen die harten und weichen Paraffine, Paraffinöle un... Gasöle. Die harten oder festen Paraffine, die einen Schmelzpunkt von etwa 40 bi... 80° C haben, kommen auch im Erdwachs u. a. m. als natürliche Produkte vor.

Eine sehr wichtige Frage ist die, wieweit der Begriff „verwandte Stoffe" a... ziehen ist. Sicher sind hier unter die Roherdöle, Naphtha, die Rückstände der Er... öle (Masut) und die hieraus durch Destillation und Reinigung gewonnenen Schmie... öle zu verstehen (Maschinen-, Zylinder-, Vulkanöl, Bohröl, welch letzteres ei... Emulsion von Mineralöl mit Seifenwasser ist), Erdwachs, Asphalt, Schieferöl, au... aus Erdölrückständen gewonnene Vaselin. Es ist hier eben die Frage, wie weit ma... den Kreis der verwandten Kohlenstoffverbindungen zieht, insbesondere, in welch... Maße man die aus der Paraffinreihe stammenden Körper bzw. die Abkömmlinge d... Teers einbezieht. Will man den „Terpentinersatz", der meist aus höheren Benz... besteht, als verwandten Stoff im Sinne der Ziffer 13 der Verordnung auffassen, da... wird man die Malerekzeme, die ja meist durch die Lösungsmittel der Farben her... gerufen werden, die Ekzeme bei Buchdruckereihilfsarbeitern und vielen anderen Be... rufskategorien mehr auf diese Weise in den Kreis der Verordnung einbezie... können. BEINTKER vertritt z. B. diesen Standpunkt (Med. Welt, 1929, Nr. ... während KOELSCH ihn ablehnt. KOELSCH sagt:

„Nicht in die Verordnung fallen jedoch die fetten Öle des Pflanzen- und Ti... reiches (Glyzeride), die ebenfalls für bestimmte Zwecke als Schmiermittel verwe... werden. Nicht in diese Bestimmung fallen ferner die gasförmigen und flüss... Kohlenwasserstoffe, die zwar chemisch auch Paraffine (Parum affinis, da sie in ... Kälte selbst von energisch wirkenden Oxydationsmitteln nicht angegriffen werden ... nannt werden" (Arbeit und Gesundheit, H. 12, S. 218).

Es wird auch hier erst eine Klärung durch Entscheidungen des Reichsversi... rungsamtes erfolgen müssen.

Die Kategorie der Arbeiter, welche durch die verschiedenen Stoffe geschä... werden kann, ist relativ groß: vor allem sind es die Arbeiter in Kokereien, Ga... anstalten, Schwelereien, welche mit den Substanzen schon bei ihrer Gewinnung Berührung kommen. Durch Paraffin können die Arbeiter in der Zündholzindust... (beim Paraffinieren der Hölzer), in der Schamott- und Zementindustrie, in ... Papierindustrie, bei der Verarbeitung von Kerzen, Wachshölzern und -fäden, b... Appretieren von Geweben, bei der Kabelfabrikation (Isolieren) affiziert wer... Teereinwirkung kommt außer in den Betrieben der Teergewinnung bei der Fa... kation von Dachpappe und Dachfilz, bei der Brikettfabrikation, bei der Stein- o... Braunkohlenstaub mit Teer oder Pech zu einer breiigen Masse gebunden und u... hohem Druck gepreßt wird, bei der Fabrikation von Lack und Firnis (Pech), ...

Digitized by Google

lektroden und Trockenbatterien, bei der Holzimprägnierung der Korksteinfabrikaon, beim Straßenbau usw. Die gleichen Arbeiterkategorien werden auch durch Pech schädigt.

Hauterkrankungen durch Anthrazen bzw. Anthrazenöl kommen besonders in r Teerdestillation, bei der Holzimprägnierung (durch Karbolineum), in der Farbenbrikation, auch bei Heizern gelegentlich vor, wenn Anthrazenöl zur Kesselheizung rwendet wird.

Krankheitsbild[1]): Allen Hautschädigungen durch Teer- und Erdölderivate meinsam ist die entzündungserregende Wirkung auf die Haut, auf die Talgdrüsen d der Anreiz zur Zellwucherung verbunden mit dem zur Hautverfärbung. Selbstrständlich sind nicht alle Arbeiter, die der Einwirkung der genannten Stoffe ausetzt sind, in gleicher Weise empfindlich. Hierzu kommt noch die heute allgemein erkannte und auch experimentell bewiesene Tatsache der Sensibilisierung der Haut. iese Sensibilisierung ist auch wohl die Ursache, daß auch nach dem Ausheilen dertiger Entzündung bei Arbeitern, die jahrelang mit den gleichen Stoffen gearbeitet ben, immer wieder neue Hautreizungen entstehen, die schließlich zu einem Tätigitswechsel zwingen. Es entstehen mehr oder weniger flächenhafte Hautentzündun-n, die zu nässenden Ekzemen in allen Übergangsformen führen. Dagegen zeigen ch auch mehr trockene rhagadiforme Ekzemausbrüche und Geschwürsbildungen. uffallend ist die Neigung zu Verhornungen, Bildung von verhornten Warzen und r Veränderung der Talgdrüsen. Letztere werden nicht nur durch mechanische eränderungen (Verstopfung), sondern auch durch die chemischen Eigenschaften der eer- usw. Substanzen in Mitleidenschaft gezogen. Charakteristisch ist ferner die verrbende Wirkung, die durch die photodynamische (sensibilisierende) Eigenschaft der emischen Stoffe bedingt ist. Die Haut wird eben dadurch gegen die photochemische nwirkung der Lichtstrahlen besonders empfindlich und reagiert mit heftigem Juckiz, Entzündungen und mit Dunkelfärbung (Melanose).

Genau wie es im Tierexperiment festgestellt wurde, wirken Ablagerungen von einsten Teerpartikeln in der Haut. Durch den Einschluß dieser letzteren in das pithel wird eine abnorme Hornbildung bedingt, die zur Entstehung der Hornwarzen hrt. Diese Warzen können nun mehr oder weniger lange Zeit glatt und gutartig eiben, können aber auch infolge von mechanischen oder chemischen Reizen, oder ch ohne nachweisbare Ursache plötzlich durch Wucherung der Epithelzellen, woi ein atypisches Tiefenwachstum eintritt, zur Karzinombildung führen. Der Sitz r Krebse ist recht mannigfach. Die „Schornsteinfegerkrebse" werden ja am häufigen am Skrotum angetroffen; die Krebse können aber auch an den Extremitäten, sonders den oberen, ferner im Gesicht vorkommen.

Durch die zweite Verordnung vom 11. Februar 1929 erhält ein Fragenkomplex ch in Deutschland praktische versicherungsrechtliche Wichtigkeit, welcher bisher ehr wissenschaftliche Bedeutung, besonders in der Dermatologie besaß. Die Fragen r Überempfindlichkeit und Sensibilisierung in ihren verschiedenen Formen, der unktionsprüfung der Haut, der Desensibilisierung werden nunmehr aus der wissenhaftlichen Diskussion in die versicherungspflichtige Praxis hinübergeleitet, und ar zu einem Zeitpunkt, in dem viele Probleme noch ungelöst sind. Die Begutchtung und Rechtsprechung wird dadurch sicher nicht vereinfacht werden. S. FUSS d P. S. MEYER haben in einer Arbeit „Sollen die sogenannten ‚Gewerbeekzeme' mit die Unfallversicherung einbezogen werden?", welche im Januar 1929, also vor m Erscheinen der zweiten Verordnung veröffentlicht ist (Klin. W., 1929, Nr. 4) reits auf diese Schwierigkeiten hingewiesen. Wird durch die Funktionsprüfung r Haut eine monovalente (spezifische) Überempfindlichkeit gegen einen r Stoffe, die in der Verordnung angeführt sind, bei einem chronisch Hautkranken chgewiesen, so ist die Erkrankung als meldepflichtig anzusehen. Wenn aber bei r Funktionsprüfung die Tests eine polyvalente (unspezifische) Überempndlichkeit ergeben, dann ist der Fall keineswegs geklärt; diese Überempfindlichit kann sowohl auf beruflichen wie außerberuflichen Ursachen beruhen. Man wird er auch in manchen Fällen von Polyvalenz die Hautschädigung auf die Berufsrbeit schieben müssen, wenn es feststeht, daß mit Stoffen gearbeitet worden ist, die ch bei anderen Arbeitern Hautschädigungen hervorgerufen haben. Auch die Frage,

[1]) Siehe CHAJES, Erkrankungen an Hautkrebs usw. in KOELSCH, Die meldeflichtigen Berufskrankheiten, Verlag J. F. Lehmann, München 1926.

Digitized by Google

ob chronisch rezidivierende Hauterkrankungen, welche durch Stoffe der Verordnung hervorgerufen sind, dann zur Polyvalenz geführt haben und nun wiederum durch andere Stoffe, die nicht in der Verordnung enthalten sind, mit zur Rezidivierung gebracht worden sind, nach der Verordnung entschädigungspflichtig sind, wird erst durch die höchstinstanzliche Rechtsprechung geklärt werden müssen. Noch schwieriger wird die Beurteilung werden, wenn nicht die künstliche Trennung der „Überempfindlichkeitsdermatitis" von der „Gewerbedermatose" — wie sie Rostacker mit Unrecht vornimmt — gerade von seiten der Dermatologen abgelehnt wird, ebenso wie die übermäßige Betonung der psychogenen Natur der Ekzeme. Eine weitere Schwierigkeit erwächst aus der Tatsache, daß die Ekzeme von Simulanten und agravierenden Patienten mitunter artifiziell verursacht oder verschlimmert werden. Dieser Faktor wird zum Teil ausgeschaltet werden, wenn durch eine Definition der Begriffe „chronisch und chronisch-rezidivierend" wie sie vorhin vorgeschlagen wurde, die Zahl der meldepflichtigen Hautkrankheiten eingeschränkt wird. Durch eine solche Maßnahme würde nicht nur eine Verminderung der zweifellos erheblich ansteigenden Verwaltungskosten erzielt werden — nach meinen Feststellungen bei etwa 3000 erwerbsunfähigen Gewerbekranken im Jahre 1928 betrugen die gewerblichen Hauterkrankungen 1750 — fast 60% —, sondern auch die durch unnötige Meldungen bedingte Gefahr der Rentenneurosen verringert werden. Diese beiden Momente sind ja hauptsächlich, welche von seiten der Gegner einer Erweiterung der Ausdehnung der Unfallversicherung auf andere Berufskrankheiten ins Feld geführt werden. Von ärztlicher, besonders von dermatologischer Seite, muß unbedingt verlangt werden, daß der Schutz der Verordnung nicht nur auf eine kleine willkürlich umschriebene Gruppe von Hauterkrankungen, sondern auf sämtliche chronisch und chronisch-rezidivierende Hauterkrankungen ausgedehnt wird. Dieses Ziel kann aber nur erreicht werden, wenn gerade von den Dermatologen darauf hingewirkt wird, daß durch exakte Meldung und Begutachtung die nach der Verordnung vom 11. Februar 1929 meldepflichtigen Erkrankten wirklich erfaßt, daß aber unnötige Meldungen im Interesse der Patienten und in dem einer sparsamen Verwaltung vermieden werden.

Bemerkung zu der Arbeit von J. J. Stutzin „Über den Mißbrauch der Prostatamassage"

Von

Dr. Walter Treuherz in São Paulo (Brasilien)

Stutzin will nicht über die Gefährlichkeit der Prostatamassage (P.M.) im allgemeinen sprechen; er will nur zeigen, daß die P.M., ohne geeignete Indikation angewandt, gefährlich und tödlich verlaufen kann. So weit wird ihm niemand widersprechen; die Anhänger der P.M. sind die Ersten, sinnlos angewandte P.M. zu verurteilen.

Stutzin geht aber viel weiter: er kommt auf Grund von einigen besonderen Fällen, in denen die gar nicht indizierte P.M. teils schwer schädigend, teils tödlich gewirkt hat, zu Werturteilen über die P.M. im allgemeinen, die nicht nur unberechtigt sind, wie sie sich gar nicht logisch aus dem von Stutzin angeführten Material ergeben, sondern eine bewußte Ungerechtigkeit darstellen, da Stutzin, gleichzeitig Kläger und Richter, seine persönliche Überzeugung vom Unwert der P.M. ohne zwingende Begründung als Tatsache hinstellt.

Selbst wenn die mit großem Aufgebot an Literaturzitaten gesammelten Fälle mit fataler Konsequenz der ganz indikationswidrigen P.M. (die m. E. noch nicht einmal alle ganz einwandfrei sind [Fall Henry]) nicht 7 plus „einige Todesfälle" sondern 70 betragen würden, könnte das von S. angeführte Material nicht den Wert erschüttern, den eine unter Berücksichtigung einer sachlichen Indikation durchgeführte P.M. für sich in Anspruch nimmt.

Stutzin führt also — z. T. auf ganz unlogische Weise gewonnene — Ansichten ins Feld.

Seinen Ansichten möchte ich nun Zahlen und Tatsachen gegenüberstellen, ohne dabei besonders bemüht zu sein, sie restlos theoretisch erklären zu müssen; dabei kann ich nicht ganz unterlassen, auch seinen theoretischen Ausführungen (welche durch

Digitized by Google

die Tatsachen in Zweifel gestellt sind), meine theoretischen Ansichten (welche auf Grund der Erfahrungen für sich vollste Berechtigung in Anspruch nehmen), gegenüberzustellen.

1. In São Paulo habe ich gegen 1100 Fälle frischer und chronischer Gonorrhoe behandelt; bei allen, also auch den akuten Fällen habe ich die P.M. entweder alle 2 oder 3, 4 und 5 Tage angewandt. In dieser Zeit und bei diesem Material habe ich — abgesehen von einigen Fällen von Epididymitis (wobei ich noch weit entfernt davon bin, die Epididymitis auf die P.M. zurückzuführen) — keinen einzigen Fall erlebt, bei dem der geringste Schaden aufgetreten wäre.

2. Von etwa 200 Patienten, welche mich aufsuchten, da ihre Gonorrhoe 2 und mehrere Male rezidivierte (viele von diesen waren in Deutschland behandelt worden), waren gegen 180 noch nie prostatamassiert.

Diese beiden Tatsachen legen es mir nahe, den von Stutzin so ganz nebenher und gewissermaßen außerhalb des Rahmens und des Themas seiner Arbeit gemachten abfälligen Äußerungen über den Wert der P.M. auf das Nachdrücklichste objektiv vorliegende diametral entgegengesetzte Erfahrungen gegenüberzustellen, denn ich habe den Eindruck, daß seine Ausführungen dermaßen entmutigend sind, daß eine Reihe von Kollegen mit weniger Material zu dem Entschluß kommen könnte, von dieser höchst wichtigen Maßnahme nunmehr ebenfalls abzustehen.

Stutzins Vergleich der Mastitis und (wie er ihn hier in São Paulo oft erwähnte) der Furunkulose ist aus folgenden Erwägungen heraus als unglücklich und beweisschwach anzusehen:

Furunkel und phlegmonöse Erkrankungen gelangen fast immer zur Selbstheilung, sei es durch allmähliches Sichsammeln des Eiters an einer Stelle oder an vielen (Makro- oder Mikroabszesse) und schließlich auch durch Einschmelzen des Gewebes. Wenn man die Erkrankung sich selbst überläßt, gelangt sie theoretisch und prinzipiell zum Abschluß; die Prostatitis kann, wie ich bei den rezidivierenden Fällen von Gonorrhoe, die nicht prostatamassiert waren, gesehen habe, jahrelang bestehen, ohne daß die langsam vorwärtsschreitende Schwellung die geringste Heiltendenz zeigt; daraus ergibt sich, daß zwischen den beiden verglichenen Krankheiten weitgehende prinzipielle Unterschiede bestehen, so zwar, daß der Entzündungsvorgang bei der Prostatitis gar nicht im Vordergrund der Erscheinungen steht, wohl aber zwei mit der Entzündung zusammenhängende und ihr nahestehende: Stauung und Verstopfung.

Daß diese meine Behauptung nicht bloße Theorie ist, glaube ich deshalb annehmen zu dürfen, weil nach der P.M. im Urin massenhafte Fetzen und zylinderähnliche Abgüsse der Prostatakanälchen gefunden werden und schließlich, weil jede Prostataentzündung nach meinen Erfahrungen nach der P.M. geheilt wird, d. h. die Schwellung verschwindet nach einer P.M. von etwa 2—3 Monaten und die vorher sehr schmerzhafte Drüse wird schmerzfrei.

Gar nicht zu reden von der subjektiven Erleichterung, die der Patient schon nach den ersten P.M. angibt.

Ganz abwegig ist weiterhin Stutzins Argumentierung „das Sekret der Brustdrüse sei besser ausdrückbar als das der Prostata". Hier wirft er Expression des Eiters der Mamma und die Expression der Milch durcheinander. Er würdigt nicht ausreichend die Tatsache, daß das Lumen eines Sekretionsweges der Mamma um ein Vielfaches enger ist als das der Prostata, weiterhin daß die Expressionsverhältnisse bei der Mamma insofern viel ungünstiger liegen, als der Weg, den die zu eliminierende Flüssigkeit nimmt, bei der Prostata bedeutend kürzer ist als in der Mamma.

Er unterschätzt weiterhin den Wert der Prostatamuskulatur bei der Expression der Drüse: im Gegensatz zur Mamma ist zweifellos der Muskulatur dieses kräftigen Ringmuskels eine bedeutende Hilfe im Sinne einer allseitigen wirksamen Kompressionsunterstützung zuzuschreiben.

Er übersieht, daß die Gefahr bei dem in der Tat ganz unchirurgischen und unphysiologischen Auspressen des Eiters bei Mastitis bekanntlich zurückzuführen ist:

1. auf die Gefährlichkeit der sehr eng benachbarten Blut- und Lymphgefäße,

2. auf die hohe Virulenz der Entzündungserreger. Wenn wir uns darüber klar werden, was sich eigentlich für Keime in der gestauten und verstopften Prostata vorfinden, so ergeben sich folgende Möglichkeiten:

Entweder die Prostata beherbergt offene oder verkapselte Abszesse mit Gonokokken, oder sie enthält Keime von gewöhnlichen Harnröhrenschmarotzern, welche infolge des Daniederliegens der allgemeinen Abwehrkräfte eine relativ gesteigerte Virulenz am

Digitized by Google

Orte selbst entfalten, oder gar keine Keime, wie das in sehr vielen Fällen beobachtet worden ist: selbst wenn in den beiden ersten Fällen Keime in die Blutbahn gelangen, so wird der Organismus ihrer Herr; in meinen Fällen dürfte zweifellos die eine oder die andere Kategorie von Keimen oder vielleicht beide oft genug ins Blut gelangt sein, ohne daß ich wie schon erwähnt, die geringste nachteilige Wirkung erlebt hätte.

Es gibt noch genügend andere anfechtbare Ansichten Stutzins in der Arbeit, ich halte es jedoch im Interesse der Frage selbst für vollkommen ausreichend, den vorliegenden entgegengetreten zu sein.

Zusammenfassung

Der von Stutzin m. E. gänzlich unbegründeten Ansicht, daß P.M. in jedem Falle gefährlich, in keinem bestimmt nützlich sein soll, stelle ich 1100 Fälle gegenüber, bei denen ich die P.M. mit absolut gar keiner Schädigung der Patienten durchgeführt habe, und ich ziehe aus dieser Tatsache den Schluß:

1. daß die P.M. ein unentbehrliches Hilfsmittel bei der Behandlung der akuten und chronischen Gonorrhoe darstellt,

2. daß das Unterlassen der P.M. die denkbar größte Chance zu Rezidiven eröffnet,

3. daß die von Stutzin mit verschwindend wenigen Fällen argumentierte Behauptung von der Gefährlichkeit der P.M. allerwenigstens weitgehend übertrieben ist, ganz besonders noch deshalb, weil diese an Hand von irriger- und sinnloserweise ausgeführter P.M. zu halten gesucht wird, mit anderen Worten: da Stutzin statt eines Irrtums eine Methode unlogischerweise verwirft.

Schlußwort

Von

J. J. Stutzin in Berlin

Die Angabe, daß bei den von mir zitierten Fällen — die beiden als Mißbrauch bezeichneten natürlich ausgenommen — die Prostatamassage nicht indiziert war, ist aus der Luft gegriffen. Es handelte sich durchweg um Prostatitiden, z. T. sogar um chronische. Treuherz betont ausdrücklich, daß er auch akute Fälle massiert. Hierzu ist nur zu sagen, daß selbst die Anhänger der Prostatamassage das Massieren akuter Prostatitiden als Kunstfehler bezeichnen. Er beruft sich auf 1100 Gonorrhoen, die er mit Prostatamassage behandelt hat. 1100 klinisch beobachtete Fälle, beispielsweise 1100 Nephrektomien, wären beweisend, 1100 ambulante Gonorrhoefälle beweisen wenig, zumal bei dem fluktuierenden Material in Südamerika. Wie viele entziehen sich der Behandlung, und wie viele gehen beim Eintritt einer Verschlimmerung in anderweitige Behandlung? Hervorragende Kliniker — ich nenne nur Delbanco-Hamburg, O. Spitzer und Lutz-Berlin — haben bei einem ungleich größeren Material und mit ganz anderen Mitteln wissenschaftlicher Durcharbeitung meinen Ansichten zugestimmt. Daß von 20 rezidivierenden Gonorrhoen 180 nicht massiert worden sind, ist bei der derzeitigen Regelmäßigkeit der Prostatamassage recht auffällig, beweist aber gar nichts. Denn naturgemäß kann auch eine nicht massierte Prostatitis rezidivieren. Bei Tr. heilt durch die Prostatamassage jede Prostatitis. Er ist bisher der Einzige, der solche glänzende Erfolge hat.

Tr. behauptet: Phlegmonöse Erkrankungen, Mastitiden heilen von selbst, nur Prostatitiden nicht, bei denen nicht die Entzündung, sondern die „Verstopfung" die Hauptsache ist. Bei der Mamma sind die Milchausführungen andere als die, durch die man Eiter exprimieren kann, außerdem sind sie enger als die Ductuli prostatici. — Meine Behauptungen beruhen nicht nur auf meinen und anderer Erfahrungen, sondern auf eingehenden histologischen Studien. An der Hand von Präparaten (vom pathologischen Institut Moabit, Leiter: Prof. Jaffé) kann ich zeigen, daß die Prostatitis sich fast durchweg interstitiell abspielt und daß die reine endoglanduläre Form kaum beobachtet wird.

Auf die vielen anderen Behauptungen — von den Harnröhrenschmarotzern, die infolge Daniederliegens der allgemeinen Abwehrkräfte eine relativ gesteigerte Virulenz am Orte selbst entfalten (die, wenn sie ins Blut gelangen, der Organismus selbst ihr Herr wird" [trotz Daniederliegens der Abwehrkräfte!]) — lohnt sich nicht einzugehen.

Digitized by Google

Ich möchte nur historisch ergänzen, daß ich wohl geglaubt hatte, der Erste zu
n, der gegen die Prostatamassage auftrat, daß ich es aber nicht bin. Schon Janet
l Roges haben die Prostatamassage entschieden bekämpft, und 1899 hat M. Porosz-
dapest sich in einer eingehenden Begründung gegen sie gewandt. Ich selbst verweise
meine Arbeiten in der Zschr. f. Urol., 1926, Bd. 20 und 1927, Bd. 21, Ther. d.
genw., 1928, Nr. 8 und Rev. de Especialidades, Buenos Aires, Bd. 2. Nr. 1.

Versammlungen

I. Internationaler Kongreß für Aktinologie, Paris 22. bis 29. Juli 1929

Der Kongreß fand unter der Leitung von Prof. D'Arsonval statt und war von
n Pariser Institut für Aktinologie veranstaltet. Eröffnet wurde der Kongreß mit
er Sitzung in der Sorbonne, an der Prof. Rost im Namen der Deutschen Regie-
g sprach. Die Zahl der Teilnehmer aller Länder belief sich auf etwa 300.

Von den 4 Referaten über die Wahl einer Ultraviolett-Lichteinheit, Behandlung der tuberkulösen Peritonitis mit Licht, die prophy-
tische Bedeutung der UV.-Strahlen und die Behandlung rheumatischer krankung mit ultraroten Strahlen interessiert vor allem das erste Thema Dermatologen. Während Coblentz von dem Standardbüro in Washington sich die Darstellung einer Meßmöglichkeit der UV.-Strahlen beschränkte, in der als Differenzen nach verschiedenen Filterungen mit einer Thermosäule gemessen den konnten, betonten Saidmann (Paris) und Ph. Keller (Freiburg i. Br.) vor m die biologischen Notwendigkeiten einer UV.-Lichtdosierung. Saidman schlug Einheit die biologische Erythemwirkung vor, die ein ErgUV.-Licht um 300 μμ und bezog auf diese biologische Wirkung alle komplexen UV.-Strahler. Keller prach das der messenden Wirkung zugrunde gelegte Erythem in seiner Abhängig- von Qualität und Quantität der UV.-Strahlen. Er zeigte, daß das Erythem als ızes in seinem klinischen Verlauf aufgefaßt werden müßte, wenn man darauf eine .-Lichtdosierung aufbauen wollte.

Von den zahlreichen Vorträgen, an denen auch deutsche Teilnehmer regen An- hatten, sollen nur die hervorgehoben werden, die für den Dermatologen von beson- em Interesse waren. Messerli (Lausanne) konnte beobachten, daß bei inter- renten Erkrankungen Personen, die nach Sonnenbestrahlung pigmentiert waren, Pigment rascher verloren; infolgedessen sieht er in der Konstanz des erreichten mentierungsgrades ein günstiges Symptom. Schall (Homburg) demonstrierte neue Konstruktion seines Erythemmessers. De Nobele (Gand) beobachtete, vom UV.-Licht Kolibazillen erst nach einer größeren Dosis getötet werden, n gleichzeitig Ultrarot verabfolgt wird. Er sah darin einen Beweis für den agonismus beider Strahlenarten. Lomholt (Kopenhagen) berichtete über Modell- suche, an denen er die Wärmeverhältnisse einer mit Rot bestrahlten Haut studiert te. Er kommt im wesentlichen zu dem Schluß, daß die von Sonne angenommenen nperaturerhöhungen bis zu 47° in der Haut tatsächlich nicht erreicht werden. nnmeyer-Rüttenauer verglichen die biologische Gleichwertigkeit der Vitalux- pen mit der Sonne in Norddeutschland. Stalmann (Eppendorf) sah gute Wir- gen mit dieser Vitaluxlampe bei infizierten Wunden. Kollath (Breslau) be- ichtete über seine Untersuchungen am Bauchfell von Tauben, denen Methylenblau die Bauchhöhle injiziert worden war. Bei postvitalen Untersuchungen dieses auf n Mikroskop gut fixierbaren Objektes zeigte er, daß oranges Licht die normal ugefärbten Kerne entfärbt (Reduktion), während Blau diese Verfärbung wieder stellt (Oxydation). Hickel (Paris) fand bei Messungen mit dem Sensitometer Saidman, daß die UV.-Lichtempfindlichkeit bei Kindern bis zum 5. Jahr teigt.

Conceicao Quintino (Porto) lobte bei Erythematodes die Finsentherapie in mbination mit lokalen Waschungen mit Kal. permang. und Bedeckung mit einer sserstoffsuperoxyd-Zinksalbe.

Jausion und Dufestel beobachteten, daß Kokusbutter und Salben, die sie halten, die UV.-Lichterythembildung heruntersetzen und die Pigmentierung ver-

Digitized by Google

stärken. Für gewisse Erkrankungen, z. B. allergische Erkrankungen, empfehlen sie die Anwendung des Lichtes in der Blasenpflastermethode, d. h. an umschriebenen Stellen bis zur Blasenbildung. Hausmann gab in einer interessanten Darstellung einen Bericht über die Lichterkrankungen, die er vom Gesichtspunkt der „bedingten Giftigkeit" betrachtete.

Eine äußerst interessante Ausstellung kam noch zur Geltung, in deren historischem Teil besonders die Apparate auffielen, mit denen Finsen die Lichtbehandlung begründet hat. Diese Apparate waren in liebenswürdiger Weise von dem Schwiegersohn Finsens, Herrn Lomholt aus Kopenhagen, nach Paris geschafft worden. Die Ausstellung der modernen Apparate gab besonders über Apparate französischer Firmen einen interessanten Überblick. Ph. Keller-Freiburg i. Br.

Referatenteil

Fachzeitschriften

Journal d'Urologie

1929, Bd. 27, Nr. 5

Marion, H.: Etude critique et expérimentale des plaies transversales de l'urètre (Kritische und experimentelle Studien über die transversalen Verletzungen des Ureters). S. 369.

Die Erfolge der Ureterorraphie sind ausgesprochen schlecht. So leicht es ist, die anatomischen Verhältnisse wieder tadellos herzustellen, so schwer ist es, die physiologische Funktion damit zu restituieren: früher oder später verfällt die zugehörige Niere doch der Dilatation und Atrophie. Daher darf die Ureterorraphie nur mit großem Kriterium angewendet werden. Die narbige Veränderung an sich spielt gegenüber der gestörten Physiologie die geringere Rolle. Man wird daher im gegebenen Falle nur aus der Einsicht heraus an die Ureterorraphie herangehen, daß wenigstens für eine gewisse Zeit noch eine Funktion der entsprechenden Niere gewährleistet werden kann. Sie kommt in Frage in dringenden Fällen und bei Fehlen einer augenblicklich drohenden Komplikation.

Bedrna, J., u. J. B. Simon: De la valeur de la pneumopyélographie dans le diagnostic des tumeurs de bassinet (Über den Wert der Pneumopyelographie in der Diagnose der Nierenbeckentumoren). S. 392.

Die Pneumopyelographie, bei der mittels einer 20-ccm-Spritze gewöhnliche Luft in das Nierenbecken eingespritzt wird, hat sich als ungefährlich bewährt. Sie erweist sich in allen Fällen von Hämaturie, bei denen die Pyelographie keinen Aufschluß gegeben hat, als vorteilhaft, besonders wenn es sich um die Erkennung von Steinen, die bei der gewöhnlichen Röntgenaufnahme keinen Schatten gegeben haben, oder von Papillomen des Nierenbeckens handelt.

Blanc, H.-Bordeaux: A propos de l'épreuve de la P.S.P. dans la tuberculose expérimentale du rein unique, considerations sur la P.S.P. dans la tuberculose rénale (Zur Phenolsulfophthaleinprobe bei der experimentellen Tuberkulose der einzigen übrigen Niere, Betrachtungen über die P.S.P. bei der Nierentuberkulose). S. 401.

Der Verf. betont im Gegensatze zu Derom (J. d'Urol., Dez. 1928), daß die Tierversuche dieses Autors nicht maßgebend seien. Jeder einzelne Tuberkulosefall des Menschen sei an besondere Bedingungen des Körpers und vielleicht auch des Bazillenstammes geknüpft. Seine eigenen klinischen Erfahrungen sprächen dafür, daß stets eine mangelhafte Funktion des Nierenparenchyms vorhanden sei, die durch die P.S.P. aufgedeckt werden könne.

Secrétan, M.-Lausanne: Image pyélographique de rein polykystique dans un cas de sarcome lymphoblastique rétropéritonéal (Pyelographisches Bild einer polyzystischen Niere bei einem Fall von retroperitonealem lymphoplastischem Sarkom). S. 309.

Bericht über den entsprechenden Fall eines 33jähr. Mannes. Der Tumor war vom Pankreas ausgegangen und führte in wenigen Wochen den Tod des Patienten herbei.

Digitized by Google

1929, Bd. 27, Nr. 6

Chauvin, E., u. Rouslacroix-Marseille: Sur les formations osseuses observées dans les cicatrices de tailles hypogastriques (Über Knochenbildungen in den Narben hypogastrischer Schnitte). S. 465.

Die Verf. berichten unter Beifügung guter histologischer Bilder über 5 Fälle, bei denen sich in Zystostomienarben Osteome gebildet haben.

Olivieri, J.-Neapel: Note sur le streptocoque chromogène cause de pyélonéphrite chronique (Mitteilung über den Streptococcus chromogenes als Ursache der chronischen Pyelonephritis). S. 484.

Der Streptococcus chromogenes kann beim Menschen die Ursache chronischer Pyelonephritiden sein. Von den gewöhnlichen Streptokokken unterscheidet er sich außer durch Pigmentbildung durch den Mangel der Fermentation von Laktose. Er ist für weiße Mäuse pathogen und löst menschliche rote Blutkörperchen. Seine farbbildende Fähigkeit schwächt sich auf gewöhnlichen Nährböden unter der Einwirkung des Luftsauerstoffs ab, um bei Luftabschluß bei Zuführung von Kohlehydraten, besonders Stärke, wieder aufzutreten.

Englebreth, C.-Kopenhagen: 500 Cas de Traitement abortif de la blennorragie chez l'homme suivant la méthode d'Englebreth (500 Fälle von Abortivbehandlung der männlichen Gonorrhoe nach der Methode von Englebreth). S. 492.

Zwei Gesichtspunkte: 1. Abtötung aller Gonokokken in der gesamten Ausdehnung der vorderen Urethra. 2. Abtötung der Gonokokken bis auf den Grund des Epithels. Technik: Große Janetsche Spülung der vorderen Urethra mit Sol. Arg. nitr. 1,0 : 200,0, Touchierung der Fossa navicularis mit 3%iger Lösung. Wiederholung der Spülung nach 4—12 Stunden mit $^1/_5$%iger Lösung. Es muß sich um ganz frische Fälle handeln, bei denen auch der erste Urin klar ist, er darf nur etwa Flocken enthalten. Die Methode sei ungefährlich und außerordentlich wirkungsvoll.

Moran-Paris: Considérations sur le traitement abortif de la blennorragie par le procédé d'Engelbreth (Betrachtungen über die Abortivbehandlung der Gonorrhoe nach dem Vorgehen von Englebreth). S. 504.

Empfehlung der Methode Englebreths, die sehr wirksam sei und sich besonders bei Patienten bewähre, die schon eine oder mehrere Gonorrhoen durchgemacht hatten.

Compan-Barcelona: Protecteur transparent pour lavages urétéreaux (Durchsichtiger Schutz für Harnröhrenspülungen). S. 509.

Konische Glimmerhaube für die Janetsche Kanüle.

1929, Bd. 28, Nr. 1

Richter-Lyon: Traitement de certaines rétentions d'urine par la section des nerfs hypogastriques (Behandlung gewisser Urinverhaltungen mittels Durchtrennung der Nn. hypogastrici). S. 5.

Bei Fällen von Urinverhaltungen bei Fehlen von nachweisbaren organischen Veränderungen und bei besserer Entleerung der Blase nach Injektion von Pilokarpin wird man mit einer nervösen Störung zu rechnen haben, besonders wenn auch eine Atonie des Kolons besteht. Dem Verf. hat sich in solchen Fällen mit Dauererfolg die Durchtrennung der Nn. hypogastrici bewährt.

Barbellion, P.: Etat actuel de la vaccinothérapie dans la blennorragie aigue (Gegenwärtiger Stand der Vakzinetherapie bei der akuten Gonorrhoe). S. 8.

Nur ausnahmsweise gibt die Vakzinetherapie für sich allein erstaunliche Erfolge. In der Mehrzahl der Fälle erweist sie sich ohne lokale Spülungen als unwirksam, ja begünstigt vielleicht sogar das spätere Auftreten von Strikturen.

Caporale, L.-Turin: Au sujet de l'énervation de l'urétère (Zur Frage der Enervation des Harnleiters). S. 29.

Gegen Blatt und Gouverneur und Marion Hinweis auf eine eigene frühere Arbeit, die also das Prioritätsrecht in der Frage der Erzeugung von dynamisch-funktionell bedingten Hydronephrosen durch Sympathektomie am Ureter habe.

Frédet, M.-Chartres: Accidents urémiques mortels déterminés par un phimosis serré, non traité chez un homme de 35 ans (Tödliche Urämie infolge unbehandelter außerordentlicher Phimose bei einem Manne von 35 Jahren). S. 30.

Bericht über einen entsprechenden Fall, der sich aus Angst vor Schmerzen nicht hatte behandeln lassen. Die Öffnung in der Vorhaut war so klein, daß man schließlich mit Mühe eine filiforme Bougie einführen konnte. Physiologisch sei eine solche Urämie

Digitized by Google

in eine Linie mit den Urämien bei starken Strikturen zu stellen: allmählich aufsteigende Stauung in den Harnwegen, Dilatation, schließlich Zerstörung des Nierenparenchyms.

Baeten, G.-Gand: Torsion complète du rein (Vollständige Nierendrehung). S. 32.

34jähr. Pat., bei der früher neben einer Kolopexie und Appendektomie wegen einer Nephroptose auch eine Nephropexie gemacht worden war. 6 Jahre später erneute Beschwerden an der operierten rechten Niere. Operation: anormale Lage der Niere, die um ihre transversale Achse gedreht ist. Nephrektomie. Glatte Heilung. Beschwerdefrei nach 3 Wochen entlassen.

1929, Bd. 28, Nr. 2

Mombaerts, J.-Brüssel: Pourquoi certains calculs de la vessie sont-ils invisibles à la radiographie? (Warum werden manche Blasensteine bei der Röntgenaufnahme nicht sichtbar?) S. 113.

Für das Erscheinen von Blasensteinen auf der Aufnahme ist die chemische Zusammensetzung, ihr Volumen, ihre Dichte, ihre Lage hinter den Beckenknochen, ihre Beweglichkeit, die Sekundärstrahlung und das Vorhandensein von Urin von teils größerer teils geringerer Bedeutung. Bisweilen kann man Steine durch Einspritzung von Kollargol (unbrauchbar bei dichten Steinen) oder Luft (manchmal gefährlich) sichtbar machen. Wichtig bleibt immer: gründliche Entleerung des Darmes durch Rizinusöl oder abführende Salze, nicht durch Einlauf (wegen eventueller Flüssigkeitsreste), Beruhigung der Peristaltik durch Opium einige Stunden vor der Aufnahme; Fixierung des Kranken, Anhalten der Atmung, Kompression der Blasengegend, Aufnahme in der Beckenachse; vollständige Entleerung der Blase. Läßt sie auch nicht immer einen sonst unsichtbaren Stein erscheinen, so verdeutlicht sie doch in jedem Falle dessen Konturen, wenn er sichtbar ist oder wird.

Vintici, V., u. A. Laroche: Hémorragies de la prostate et hémorragies chez les prostatiques (Blutungen der Prostata und Blutungen bei Prostatikern). S. 141.

Prostatablutungen sind ziemlich selten, treten meist bei Prostatahypertrophie ein, haben ihren Ursprung in der Schleimhaut, die die Prostata überzieht, ihren Grund weniger in der Verhaltung als in der Infektion des Harns. Die Blutung erscheint bei der Miktion initial oder terminal, zeigt sich als Urethrorragie, Hämorrhagie, Hämaturie. Präventivbehandlung: Bekämpfung der Infektion durch Spülungen der Blase und Behandlung etwaiger anderer infizierter Herde (Nierenbecken, Niere usw.). Bei plötzlicher profuser Blutung gut zu überwachender Dauerkather, Entfernung der Gerinsel, im Notfall Zystostomie oder selbst Prostatektomie.

Mathé, Ch. P.-San Francisco: L'embolie gazeuse au cours d'une intervention chirugicale sur la vessie (Die Luftembolie im Verlaufe eines chirurgischen Eingriffes an der Blase). S. 163.

Der Verf. berichtet über einen Todesfall nach Füllung der Blase eines Prostatikers (bei dem die Prostata und ein Papillom entfernt werden sollten) mit 300 ccm Luft. Sektion zeigte ausgedehnte Luftembolien. Eine Umfrage des Verf.s ergab, daß die Luftfüllung der Blase trotz ihrer Gefährlichkeit noch vielfach angewandt werde. Es sei vorteilhafter, sie durch antiseptische Flüssigkeiten oder steriles Wasser zu ersetzen. Bei Vorkommen einer Embolie: künstliche Atmung und Injektion von 2 ccm Adrenalin $^1/_{1000}$ in den rechten Ventrikel des Herzens.

André u. Francfort-Nancy: Reins polykystiques suppurés, calcul et abcès périnephrétique (Polykystische Nieren, Stein und perinephritischer Abszeß). S. 171.

Bericht über den entsprechenden Fall eines 49jähr. Mannes, bei dem die Diagnose einer Pyonephrosis calculosa mit perinephritischem Abszeß gestellt worden war. Der Patient starb unter Anurie, die Sektion zeigte außerdem, daß beide Nieren polykystisch waren.

E. Sklarz-Berlin.

Bücherbesprechungen

Handbuch der Haut- und Geschlechtskrankheiten: v. Frey, M., H. Hoepke, H. Rein, St. Rothman, Fr. Schaaf, P. G. Unna u. P. Unna. Physiologie der Haut. Chemie, histologische Technik. P. G. Unnas Färbemethoden. Mit 133 z. T. farb. Abb. Verlag von Julius Springer, Berlin 1930. Preis RM. 110.—, geb. RM. 118.—.

Das Kapitel „Physiologie der Haut" hat durch M. v. Frey und Rein eine mustergültige Bearbeitung gefunden. In der Art, wie die Autoren das Wesentliche

Digitized by Google

herauszuheben, das Nebensächliche fortzulassen, das Unzulängliche zu kritisieren verstehen, weisen sie sich als Meister ihres Fachs und zugleich als Meister wissenschaftlicher Darstellungskunst aus und geben dem Leser die Zuversicht, daß er sich ihrer Führung unbesorgt anvertrauen kann, ohne befürchten zu müssen, hinterrücks in irgend welche egozentrischen Gedankengänge, hypothetischen Verallgemeinerungen oder sonstigen Mißhelligkeiten eines modernen medizinischen Schrifttums verstrickt zu werden. Im einzelnen haben sie sich in die Aufgabe so geteilt, daß Rein die Abschnitte über Temperatur und Elektrophysiologie der Haut übernommen hat, während v. Frey das übrige behandelt, wobei die Elektrophysiologie bezüglich der Raumverteilung gegenüber den vorhergehenden Unterabschnitten (Allgemeines, Hauttemperatur, Hautgefäße, Hautdrüsen, Haut- und Nervensystem) ein wenig günstig davongekommen sein dürfte. Auch zur Bearbeitung des folgenden umfangreichen Kapitels, „Chemie der Haut", haben sich zwei Autoren zusammengetan, St. Rothman und Fr. Schaaf, der Dermatologe und der Fachchemiker, von denen der erstere die Fette, Kohlehydrate und Fermente der Haut nebst einigen anderen Gebieten, und der letztere den Abschnitt über das Keratin behandelt. Einzelne Abschnitte gehen auch unter ihrem gemeinsamen Namen, so z. B. der kurze aber inhaltsreiche über die Chemie des Verhornungsprozesses, in dem sie, ausgehend von Unnaschen Vorstellungen und modernen kolloidchemischen Gedankengängen, eine eigene ansprechende Theorie dieser Vorgänge geben. Aber auch alles übrige wirkt in seiner übersichtlichen und straffen Darstellung trotz handbuchgemäßer Ausführlichkeit außerordentlich anregend, zumal die Autoren immer wieder auf konkrete Möglichkeiten zu praktischer Verwertung des Inhalts oder auch zu weiterem wissenschaftlichen Ausbau hinweisen. Als nächstes Kapitel folgt die überaus gründliche Bearbeitung der „Histologischen Technik der Haut" durch Hoepke, die zugleich als Sonderdruck in Buchform erscheint und gesondert besprochen wird. Das letzte Kapitel bildet eine kurze Zusammenstellung von „Unnas Färbemethoden", noch von Unna selbst gemeinsam mit seinem Sohne P. Unna herausgegeben. Welch eine Fülle von Arbeit, von Ideen und von Werten steckt in diesen 105 Färberezepten, die uns hier in so anspruchsloser Form geboten werden, und die ja auch nur einen Teil aus dem gewaltigen Lebenswerk des unvergeßlichen Meisters bilden! Einen würdigeren Abschluß konnte dieser so wohlgelungene Band nicht erhalten. Frei-Berlin.

Hoepke, H.-Heidelberg: Histologische Technik der Haut. Mit z. T. farb. Abb. Verlag von Julius Springer, Berlin 1930. Preis RM. 18.—.

Das Buch stellt einen Sonderdruck des im Handbuch der Haut- und Geschlechtskrankheiten, Bd. 1/2, erschienenen Beitrags dar. Jeder histologisch arbeitende Dermatologe wird es schon angesichts des wohlfeilen Preises begrüßen, nunmehr leicht in den Besitz einer nach Inhalt und Ausstattung so vortrefflichen Darstellung der histologischen Technik der Haut zu gelangen. Denn Hoepkes Buch gibt uns ein ganz hervorragendes Orientierungs- und Hilfsmittel an die Hand, das durch die Eigenart der Darstellung sich über die sonstige Literatur erhebt. Freilich mag bei dem Kenner des Handbuchbandes der Wunsch sich regen, daß die aufschlußreiche Sonderausgabe noch durch Angliederung des von P. G. Unna und Paul Unna verfaßten Beitrags über Unnas Färbemethoden hätte ergänzt werden können. Eine zusammenfassende Anleitung für diese in der Entwicklung des dermatologischen Wissens so bedeutsamen Differenzierungsverfahren wird er hier daher vermissen. Mußte doch in Hoepkes Arbeit überhaupt auf einige Stoffgebiete verzichtet werden, die an anderen Stellen des Handbuchs ihre Bearbeitung erfahren haben, z. B. auch die Darstellung der Spirochäten. Hoepke selbst betont daher auch im Vorwort, daß der Sonderdruck an sich gar nicht das Umfassende einer Gesamtschilderung dessen beanspruche, was man „im weitesten Sinne unter einer histologischen Technik der Haut verstehen könne". Gleichwohl umfaßt das von Hoepke im gegebenen Rahmen des Handbuchs bearbeitete Gebiet den größten Teil des einschlägigen Stoffs. Besonders sorgsam ist der theoretische Teil abgehandelt, von dem richtigen Standpunkt aus, daß „vom Fixieren bis zum Auflegen des Deckglases gar nicht sauber und sorgfältig genug gearbeitet werden könnte"; es gäbe nur eine Technik, die für den Kliniker und Pathologen ebenso gelte wie für den Anatomen. Das Ziel, das sich H. gestellt hat, ebenso verständlich und nutzbringend für den Anfänger und Erfahrenen, den Kliniker wie den Theoretiker, den Assistenten wie die Laborantin zu schreiben, hat er vorbildlich erreicht. Seine Unterrichtsweise weiß er durch Wahl und Anordnung des Abbildungsmaterials aufs anschaulichste zu erläutern. F. Callomon-Dessau.

Schönfeld, W.-Greifswald: Zur Geschichte der Medizinischen Fakultät und zur Entwicklung von Lehre und Forschung in den Haut- und Geschlechtskrank-

Digitized by Google

heiten an der Universität Greifswald. (Rede gehalten anläßlich der Einweihung der Neuen Universitätsklinik und Poliklinik für Hautkrankheiten zu Greifswald.) Verlag Ratsbuchhandlung L. Bamberg, 1929.

Wie sich oft im Mikrokosmus der Makrokosmus der Geschehnisse widerspiegelt, so wirft auch der geschichtliche Überblick über die Entwicklung der Haut- und Geschlechtskrankheiten an der Universität Greifswald, welchen Schönfeld gelegentlich der feierlichen Eröffnung seiner neuen Klinik gibt, interessante Schlaglichter auf das Werden des Unterrichts und der Forschung in der Medizin überhaupt. Die langsame Anerkennung jener Spezialdisziplin in Greifswald ist typisch für die Verhältnisse analoger Art in der ganzen Zeit von der Mitte des 16. bis zur Mitte des 19. Jahrhunderts und darüber hinaus. Die verschiedenen „Reglements und Verordnungen" von administratorischer Seite trugen nichts zur Förderung des medizinischen Unterrichts bei. Aus relativ früher Zeit hebt sich ein Franz Joël rühmenswert durch seine Lehre und Forschung heraus. Die Übersicht über Verletzungen von 1820—1920 interessiert durch Namen wie Eichstedt, Ziemssen, Strübing, Peiper. Von 1817—1919 zählt Schönfeld 200 in sein Fachgebiet gehörige Doktorarbeiten. Bemerkenswerter sind die Arbeitsgebiete und Veröffentlichungen einschlägiger Art seitens der Greifswalder Professoren, etwa über die Dithmarsische Krankheit, über die Krätze und ihre Milbe, über Angioneurosen, über die Stellung des Lupus zur Tuberkulose u. a. m. Sorgsame und umfangreiche Statistiken beschließen diese schöne Abhandlung, mit welcher der erste berechtigte und berufene Fachvertreter der Dermatologie in Greifswald die erste würdige und moderne Hautklinik in Greifswald begleitet. Riecke-Göttingen.

Frieboes, W.-Rostock: Lehrbuch der Haut- und Geschlechtskrankheiten. In Anlehnung an den Atlas der Haut- und Geschlechtskrankheiten. Verlag von F. C. W. Vogel. Leipzig 1930. Preis RM. 30.—, geb. RM. 32.50.

Aufbauend auf seinen Erfahrungen als klinischer Lehrer hat Verf. in dem vorliegenden Werk ein praktisches, von allem Unsicheren und noch nicht genügend Fundierten befreites Lehrbuch geschaffen, das in erster Linie für den Studenten bestimmt ist. Er nennt es auch ein Studentenlehrbuch. Es soll das im Kolleg Gehörte und Gesehene befestigen und dem werdenden Arzt in möglichst einfacher und prägnanter Form einen Wegweiser an die Hand geben. Auch über diesen Rahmen hinaus wird das Buch dem fertigen Arzt ein willkommener Begleiter bei dermatologischen Studien und ein Helfer bei der Diagnosenstellung sein. Alles Neue, was bis in die letzten Jahre in der Dermatologie bekannt geworden ist, wurde vom Verf. hineingearbeitet, soweit er das Gefühl hatte, daß es wenigstens von einem gewissen Bestand sein dürfte. Die Therapie ist jedem Kapitel beigefügt; auch sie erhebt nur Anspruch darauf, wirklich erprobte und für gut befundene Methoden dem Studierenden an die Hand zu geben. Bilder sind dem Text nicht beigefügt, da sich dieses Buch und der Atlas des Verf. ergänzen sollen; es ist überall im Text auf die entsprechenden Abbildungen verwiesen. Atlas und Lehrbuch stellen zwei Werke dar, deren jedes in seiner Art eine wertvolle Bereicherung der dermatologischen Literatur bedeutet und die zusammen ein ausgezeichnetes Hilfsmittel für die Schulung der Studenten und der praktischen Ärzte bilden.

E. Langer-Berlin.

Frieboes, W.-Rostock: Atlas der Haut- und Geschlechtskrankheiten. Ergänzungsband, 68 farb. Abb. mit Textbeilage. Verlag von F. C. W. Vogel, Leipzig 1930. Preis RM. 52.—, geb. RM. 60.—.

Mit dem vorliegenden Band gibt Verf. zu seinem bekannten Atlas einen Ergänzungsband heraus. In diesem trägt er eine Reihe schöner Abbildungen der verschiedensten Krankheitsbilder nach. Auch dieser Band zeichnet sich, wie alle Lieferungen des Atlas, durch die ausgezeichnete und naturgetreue Wiedergabe der meisten Krankheitsbilder aus. Es ist sicher, daß dieses schöne Werk bei den Fachgenossen freudigen Anklang finden wird, da es ein selten vollständiges Nachschlagewerk bekannter und seltener Krankheitserscheinungen darstellt. Auch textlich hat Verf. eine Ergänzung zu dem früher ausgeführten vorgenommen, indem er eine kurze Übersicht über die allgemeine und spezielle Praxis der Hauttherapie gibt, wie sie von ihm geübt wird. Nur in großen Zügen ist auf das wirklich Wertvolle und wahrscheinlich Dauernde in der dermatologischen Therapie hingewiesen; alle problematische Behandlungsmethoden sind nicht herangezogen. E. Langer-Berlin.

Woringer, F.-Straßburg: Les Granulomes à corps étrangers de la peau. (Die Fremdkörpergranulome der Haut.) Derm. Kl. u. path.-anat. Inst. d. Univ.

Verf. bezeichnet als Fremdkörper jede Substanz, die den organischen Geweben nicht zugehört und in denen sie sich von ungefähr eingeschlossen findet, sei es, daß

Digitized by Google

s sich um einen festen Körper oder um eine flüssige Substanz handelt, wofern letztere ch nicht in die Gewebe verteilt hat oder mit ihnen in feste Bindung getreten ist. oringer unterscheidet die Fremdkörper, je nachdem sie als Gift oder nur „heterogen" irken. Lösbare reizende Substanzen oder giftige Stoffe, wie die bakteriellen Toxine, einflussen das Gewebe in einer von der Entstehung des Fremdkörpergranuloms ganz rschiedenartigen Weise. — Eingehend werden die Stadien des bei dieser Entwicklung attfindenden Gewebsprozesses geschildert, die Frage der Riesenzellbildung besonders örtert. Die Granulombildungen unterscheiden sich nach ihrer anatomischen Struktur s histiozytäre (um staubförmige Partikel entstehend) und Riesenzellgranulome (um ößere kompaktere Körper) sowie als Mikrozystengranulome (um Depots von nicht-sorbierbaren Flüssigkeiten). Die aufschlußreiche Arbeit erörtert im einzelnen z. B. ranulombildungen um Katgutfäden, um Nadeln, um verschiedene ihre Lage ändernde örper, um ins Korium gelangende Epithel- und Haarstückchen, um gichtische Ab-gerungen, Öldepots u. dgl. Zuletzt wird das Fettnekrosegranulom in interessanter Dar-ellung behandelt (Abbildungen). G. Bertaccini-Perugia.

Stern, Rudolf-Breslau: Über traumatische Entstehung innerer Krankheiten nter besonderer Berücksichtigung der Unfall-Begutachtung von weil. Prof. ichard Stern. 3. Aufl., völlig neu bearbeitet. Verlag von Gustav Fischer, Jena 1930. reis RM. 32.—, geb. RM. 34.—.

Die Klärung der Zusammenhänge zwischen Trauma und innerer Erkrankung gehört den großen Problemen der internen Medizin und besonders der Gutachtertätigkeit, e niemals aufhören werden, das ärztliche Denken zu beschäftigen und an denen auch r Syphidologe nicht vorbeigehen kann. Denn der Fragenkomplex, der sich aus der egenüberstellung „Trauma und Syphilis" ergibt, ist schwierig und umfangreich genug, n allein dem vorliegenden Werk — zumal in seiner neuzeitlichen Fassung — auch Kreise unserer Fachkliniker Beachtung zu sichern. Vor allem wird der Syphilisarzt er hinsichtlich der Rolle des Traumas in der Pathogenese der Aneurysmen alles finden, as ihm als Richtschnur für die Beurteilung dienen kann, insbesondere wenn es gilt, s Zusammenwirken der Lues und eines mehr oder weniger lange zurückliegenden nfalls oder Kriegstraumas gutachtlich abzuschätzen. Damit ist der Wert des Buches r den im Boden allgemeiner medizinischer Schulung wurzelnden Dermatologen nicht schöpft; wir verweisen auf die Abschnitte: Hämorrhagische Diathesen, hypophysäre d Nebennierenerkrankungen wie Dystrophia adiposogenitalis, Dercumsche Krankheit, ddison u. a. Dieses vor etwa 30 Jahren in erster, vor über 20 Jahren in zweiter Auf-ge erschienene Werk des seiner Zeit hochgeschätzten allzu früh dahingegangenen eslauer Klinikers hat in der überaus mühevollen, die gesamten Fortschritte der internen d Röntgendiagnostik berücksichtigenden Neubearbeitung seines Sohnes die volle Ak-alität wiedergewonnen. F. Callomon-Dessau.

Mitteilungen aus der Literatur

Anatomie und Physiologie der Haut

Buengner, M. v.-Marburg a. d. Lahn: Untersuchungen über die Zusammen-tzung des menschlichen Fettgewebes. (Med. Polikl. d. Univ.) Z. exper. Med., Bd. 67, 1/2. S. 147.

Die Ergebnisse dieser ausgezeichneten Untersuchung sind folgende: Das spezi-che Gewicht des menschlichen Fettgewebes der Bauchdecke beträgt im Mittel 00—0,966; es ist um so niedriger, je fettreicher und gesünder der Mensch ist und ngekehrt. Der Wassergehalt schwankte zwischen 4,34% und 65,41%. Zwischen spe-fischem Gewicht und Wassergehalt besteht ein deutlicher Parallelismus. Der Fett-halt lag zwischen 25% und 92%. Zwischen Wassergehalt und Fettgehalt besteht n Antagonismus: je mehr Wasser, desto weniger Fett und umgekehrt. Der Proto-asmarest beträgt 2,06—10,26%. A. Perutz-Wien.

Arata, I.-Okayama: Zur Kenntnis der Fuchsinkörnchen in den ekkrinen chweißdrüsen. I. Mitteilung. (Univ.-Hautkl.) Arbeiten a. d. Med. Univ. zu Okayama, l. 1, H. 2, S. 190.

Arata hat in den ekkrinen Drüsen der Haut farblose säurefeste Körnchen ge-nden, die Fuchsinkörperchen, die stets nur in dem Protoplasma der Epithelzellen

Digitized by Google

und nur in der Nähe ihres freies Randes vorkommen; in den apokrinen Drüsen hat er sie nie gefunden. Bei der systematischen Untersuchung der Haut aller Körpergegenden hat er festgestellt. daß die ekkrinen Drüsen in der Nähe von apokrinen Drüsen ebenfalls frei von diesen Fuchsinkörperchen sind. Er zieht den Schluß, daß die ekkrinen Drüsen an den Orten der apokrinen Drüsen ein etwas anderes biologisches Verhalten eigen sei als den ekkrinen Drüsen an den gewöhnlichen Hautstellen. Es ist daher zu vermuten, daß es noch eine andere Art von Schweißdrüsen als die bisher angenommenen 2 Gattungen gibt, oder daß noch eine Übergangsform zwischen den beiden Drüsenarten vorhanden ist. O. Haack-Hamburg.

Bakteriologie und Immunitätslehre

Quiroga, R.: Différenciation du Bacille diphthérique, des Bacilles pseudo-diphthériques et diphthéroides (Differenzierung des Diphtherie-Bazillus von den Pseudo-Diphtherie- und diphtheroiden Bazillen). Compt. rend. Soc. Biol., Bd. 102, Nr. 28. S. 4[illegible]

Die Angabe, daß Zusatz von ölsäurem Natrium zu Gelatine das Wachstum des Diphtheriebazillus hindert und seine Differenzierung ermöglicht, trifft nicht immer zu. Die Diagnose muß sich stützen auf Fermentation von Glukose in Thielscher Nährboden, Fehlen der Fermentation von Saccharose auf Lubinskischem Nährboden und mangelnde Entwicklung auf Gelatine, der ölsaures Natrium zugesetzt ist. Fehlende mikro-acrophile Wirkung und Hämolyse der Blutkörperchen in Peptonbouillon. In zweifelhaften Fällen kann man die pathogene Wirkung auf Meerschweinchen und die Neutralisierung durch Diphtherieserum hinzuziehen. E. Levin-Berlin.

Hauduroy, M.: La culture des ultravirus est possible (Die Kultur des Ultravirus ist möglich). Presse méd., 1929, Nr. 77, S. 1250.

Die Versuche, Ultravirus auf üblichen Nährböden zu züchten, schienen vergeblich, weil man immer die Züchtung nur auf diesen auszuführen versuchte. Sie gelingt aber, wenn man als Nährboden lebendes Gewebe nach den Vorschriften Carrels verwendet. Es handelt sich um den leicht zu erhaltenden Kaninchenembryonalbrei, aus dem eine Aufschwemmung hergestellt wird, indem 1 ccm diese 10000 Vakzine-Einheiten enthält. Gewebe und Virus werden zusammen ohne Kulturmedium in Flaschen gefüllt, die 24 Stunden im Brutschrank bleiben; danach wird die Flüssigkeit herausgesaugt, während das Gewebe in der Flasche bleibt. Die Flüssigkeit wird dann durch das Kulturmedium ersetzt. Nach einer anderen Methode werden Gewebe und Virus gemischt und in Röhrchen 25 Minuten bis 48 Stunden auf Eis konserviert. Die Gewebskultur wird auf einem festen Huhn-Plasmanährboden gezogen und kann später nach besonderen Methoden verimpft werden.

H. Colman-Berlin.

Buschke, A., u. A. Joseph-Berlin: Zur Frage der Spezifität allergischer Hautreaktionen und ihrer Beeinflussung durch Jod. (Dermatol. Abt. d. Rudolf-Virchow-Krankenhauses.) Med. Kl., 1929, Nr. 34, S. 1312.

Kutireaktionen werden bei einer großen Zahl von Infektionskrankheiten zu diagnostischen, weniger zu prognostischen und therapeutischen Zwecken angewendet, ohne daß sich bisher die Anschauung von ihrer absoluten Spezifität durchsetzen konnte. Um einigermaßen brauchbare Resultate zu erhalten, ist die Anwendung minimaler Antitoxinmengen erforderlich. Die Beurteilung der Proben wird dadurch erschwert, daß die Reaktionsfähigkeit der Haut durch besondere Zustände beeinflußt wird, daß unspezifische positive Reaktionen nicht mit Sicherheit von spezifischen zu unterscheiden sind. Die unspezifischen Reaktionen werden auf eine Verbreiterung der Empfindlichkeitsbasis bezogen, ferner kann auch durch besondere Körper eine Verstärkung oder Herabsetzung der Kutanreaktion bewirkt werden, die aber nicht spezifisch sind. Es läßt sich eine gleichartige Wirkung auch durch Zufuhr von Jod erreichen: Steigerung der Pirquetreaktion durch Jodkali, Verstärkung der Luetin- und Tuberkulinreaktion durch örtliche Pinselungen von Jodtinktur oder Lugolscher Lösung. E. Levin-Berlin.

Choremis, K.: Allergie und Azidose. Kl. W., 1929, Nr. 39, S. 1817.

Kinder, bei denen durch Salzsäureverfütterung eine Azidose hervorgerufen wurde, zeigten auf intrakutan zugeführtes Tuberkulin abgeschwächte Reaktionen.

Frei-Berlin.

Tezner, O., u. H. Reiter-Wien: Sensibilisierung der menschlichen Haut gegen Menschenserum. (Karolinen-Kinderspital der Gemeinde Wien.) W. m. W., 1929, Nr. [illegible] S. 1358.

Digitized by Google

Bekannt sind die Zwischenfälle nach parenteraler Einverleibung artfremden Serums beim Menschen. Analog wurde der Versuch gemacht, die menschliche Haut gegen homologes Serum zu sensibilisieren. Mit Menschenserum ohne Zusatz kamen Verff. nicht zum Ziele. Zusammen mit Kuhpockenvakzine oder Pferdeserum trat in etwa 75% die Sensibilisierung auf. Eine positive Reaktion trat in ersterem Falle auf intrakutane Injektion von zusatzfreiem Menschenserum zur Zeit der Area auf, bei der zweiten Methode am 3.—7. Tag nach der Injektion. Der Zusatz stellte somit die Schleppersubstanzen dar, das Serum verhielt sich wie ein Halbantigen. Präzipitation oder Komplementablenkung konnte nie festgestellt werden, ebenso mißlang die Sensibilisierung gegen Autoserum. O. Haack-Hamburg.

Fülleborn, F., u. W. Kikuth-Hamburg: Über die Allergie des Menschen gegenüber Askaris. (Inst. f. Schiffs- u. Tropenkrankheiten.) Kl. W., 1929, Nr. 43, S. 1988.

Verff. fanden wie W. Jadassohn, daß die für die Hautreaktionen verantwortliche Substanz im Askarisantigen kein Eiweißkörper, auch keine Lipoidsubstanz ist; außerdem konnten sie wie Jadassohn im Serum askarisüberempfindlicher Personen Prausnitz-Küstnersche Antikörper nachweisen, einige Male auch komplementbindende Antikörper. Endlich wurden auch die Angaben von J. bestätigt, daß das Askarisantigen hitzefest ist, der zugehörige Antikörper dagegen nicht, und daß sich Antigen und Antikörper in vitro gegenseitig neutralisieren lassen. Er gelang, mit einem eiweiß- und lipoidfreien Askarisantigen einen Menschen auf intrakutanem Wege zu sensibilisieren; Tierversuche verliefen teils negativ, teils nicht entscheidend.

Frei-Berlin.

Adelsberger, L.-Berlin: Anaphylaxie und Atopie. II. Mitteilung. (Institut Robert Koch.) Zschr. f. Hyg., Bd. 110. H. 2, S. 278.

Das Stauballergen ist in einer chemisch einheitlichen und faßbaren Fraktion enthalten. Die Substanz, die im Staubextrakt bei der Prüfung an der menschlichen Haut wirksam ist, verhält sich chemisch ebenso wie die wirksame Substanz in anderen Allergenen, z. B. in Pollen, in Bettfedern und in einer Mischung von 70 verschiedenen Allergenen. Ebenso wie bei diesen ist die wirksame Substanz im Staub charakterisiert durch ihre geringe Beeinflußbarkeit durch Hitze und durch die Unlöslichkeit in den üblichen chemischen Lösungsmitteln. Sie ist aber in Wasser und Salzlösungen löslich und geht völlig in den Alkoholrückstand über. T. Benedek-Leipzig.

Drügg, W.-Köln-Lindenburg: Über Wundinfektionen mit diphtheroiden Bakterien. (Chir. Univ. Kl.) M. m. W., 1929, Nr. 40, S. 1666.

Verf. weist darauf hin, daß ein gehäuftes Vorkommen von Wunddiphtherie, wie von chirurgischer Seite angegeben wird, de facto nicht zu beobachten ist; es handelt sich meist um Verwechslungen mit diphtheroiden Bakterien. Aus diesem Grunde wird seitens der Bakteriologie seit langem der Nachweis der giftbildenden Bakterienform gefordert. Irreführend ist die in den chirurgischen Lehrbüchern noch häufig zu findende Bemerkung, daß die Bildung von pseudomembranösen Auflagerungen auf die Wundflächen für echte Diphtherie charakteristisch sei; ein reiches Schrifttum hat den Beweis erbracht, daß diese Anschauung sich nicht halten läßt. Tierexperimentelle Untersuchungen des Verf. über die Pseudomembranbildung bei der Wunddiphtherie haben zu folgenden Ergebnissen geführt: die Entwicklung von Pseudomembranen wird nicht durch die echten virulenten Erreger verursacht; sie entsteht stets durch andersartige Erreger. Verdächtig für echte, aber avirulente Diphtheriebazillen ist eine Membranbildung in Mischung mit Streptokokken. Für die Therapie haben sich damit folgende Richtlinien ergeben: Nur die echte Wunddiphtherie mit einem virulenten Stamm ist wegen ihrer lebensbedrohenden Toxinbildung behandlungsbedürftig; hier allein sind Antitoxingaben notwendig. Alle übrigen Wundinfektionen mit diphtheroiden Bakterien bedürfen keiner Behandlung, da sie harmlos sind und die Heilung nicht verzögern; eine Ausnahme hiervon bildet Mischinfektion mit Tuberkulose.

Sprafke-Chemnitz.

Pulvertaft, R. J. V.: An Examination of the Pathological Effects of Streptococcal Toxin and Haemolysin on Rabbits, with Special Reference to the Aetiologie of Purpura Fulminans (Prüfung der pathologischen Wirkungen des Streptokokkentoxins und -hämolysins bei Kaninchen, mit spezieller Bezugnahme auf die Ätiologie der Purpura fulminans). Lancet, 1929, Nr. 5529. S. 318.

Die Ätiologie der Purpura falminans wird beleuchtet durch Versuche mit hämolytischen Streptokokken an Kaninchen. Das Hämolysin der Streptokokken, das in der Kultur zu anderer Zeit als das Toxin gebildet wird und vollkommen andere patho-

Digitized by Google

logische Veränderungen im Tierkörper hervorruft, wird verantwortlich gemacht für die Schädigung der Endothelien und damit für die Entstehung der Purpura fulminans. Das Hämolysin wirkt auch bei bereits gegen das Toxin immunisierten Kaninchen. P. Seier-Heidelberg.

Allgemeine Pathologie und Diagnostik

Knoflach, J. G.-Innsbruck: Zur Diagnostik der Granulome nach unbemerkt eingedrungenen Fremdkörpern. (Chir. Univ.-Kl.) Zbl. f. Chir., 1929, Nr. 38, S. 2570

Um kleinste Fremdkörper können sich tumorartige riesenzellenhaltige Granulome bilden, selbst nachdem der Fremdkörper schon jahrelang unbemerkt im Körper war. Mitteilung von vier operierten Fällen, bei denen lange Zeit resistierende Holz- resp. Eisensplitter gefunden wurden, z. T. um voluminöse Tumoren bis Straußeneigröße. Ein Fall besonders bemerkenswert durch Selbstverletzung: Pat. hatte sich (neuropathische Veranlagung) abgeschnittene Fingernägel und Streichhölzer in eine alte Laparotomienarbe gesteckt und damit einen faustgroßen Tumor mit peritonitischer Reizung und Bildung einer intraperitonealen Höhle erzeugt, die infolge Darmverklebung umfangreiche Operationen nötig machte. Fr. Ortmann-Magdeburg.

Nishii, R.-Zürich: Über die Reaktion der regionären Lymphknoten bei lokaler Infektion und Reinfektion. (Path. Inst. d. Univ.) Krankheitsforschg., Bd. 7, H. 5, S. 335

Der ursprünglich rein serologische Begriff der Allergie hat auch auf dem Gebiete der Morphologie Heimatrecht gefunden. Die hyperergische Entzündung ist gegenüber der normergischen zeitlich und quantitativ, aber nicht qualitativ verschieden. Dabei ist die Fähigkeit zur hyperergischen Entzündung eine Eigenschaft des ganzen Mesenchyms. Es ist nicht entschieden, ob eine entsprechende Vorbehandlung auch stets das ganze Mesenchym in den Bereitschaftszustand für die hyperergische Entzündung versetzt oder ob es nicht auch gelingt, die Reaktion streng lokal auszulösen; darüber sind die Meinungen geteilt. Während Friedberger die Anaphylaxie als humorale Erscheinung auffaßt, verlegt sie Doerr ganz in die Zelle selbst. Die folgenden Untersuchungen sollen nun einen Beitrag zum Problem der lokalen Allergie liefern. Es wird die Frage gestellt, ob sich durch vorausgeschickte örtliche Beeinflussung die Antwort des Gewebes auf einen immer an gleicher Stelle angreifenden allergische Reaktionen auslösenden Reiz, abändern läßt. Zur Prüfung wurden periphere Lymphknoten herangezogen, zur Reizung ein abgeschwächter Stamm von Staphylococcus pyogenes aureus. Die Reizung erfolgte durch Injektionen abgeschwächter Staphylokokken zu 0,15 ccm in die hintere Extremität eines Meerschweinchens; die Impfungen wurden in bestimmten Abständen bis zum 60. Tage mehrmals wiederholt; die Impfstelle, die regionären und übrigen Lymphknoten sowie die parenchymatösen Organe histologisch untersucht. Das Resultat war folgendes: die Reaktion der regionären Lymphknoten des Meerschweinchens auf subkutane Infektion mit schwach virulenten Keimen (Staphylococcus pyogenes aureus) ist verschieden, je nachdem es sich um einmalige oder wiederholte Infektion vorgenommen wurde. Der Unterschied der Reaktion ist um so deutlicher, je längere Zeit zwischen erster und zweiter Impfung liegt; die Unterschiede bestehen in einem viel rascheren Abklingen des „Sinuskatarrhs" und viel hochgradigeren Schädigung des Lymphgewebes bei der zweiten Impfung. Sie zeigen eine Schwächung der Widerstandskraft des Lymphknotens durch die vorausgehende Infektion an. Die Bedeutung des „Sinuskatarrhs" scheint nicht so sehr in der besseren Abfiltrierung körperlicher Fremdstoffe zu liegen als in der Vergrößerung der Berührungsflächen zwischen gelösten Fremdstoffen und Zellen. Die Retikulo-Endothelien der Lymphsinus und die Retikulumzellen des Lymphgewebes scheinen verschiedene Aufgaben zu erfüllen; ähnliche Unterschiede bestehen zwischen den einzelnen Anteilen des Lymphgewebes innerhalb der Lymphknoten.

Scherber-Wien.

Lexer, E.-München: Knochenbildung im Bindegewebe osteoplastischer Herkunft. (Chir. Univ.-Kl.) D. Zchr. f. Chir., Bd. 217, H. 1/2, S. 1.

Auf Grund tierexperimenteller sowie Operationsversuche und allgemeinpathologischen Betrachtungen kommt Verf. zur Folgerung, daß die Entstehung von Knochen aus Bindegewebe z. T. an das Vorhandensein vorgebildeter Zellen gebunden ist und bald auf anatomischer, bald auf abnormer, angeborener Anlage beruht. Die Leistung des Periosts ist nach Lexer (im Gegensatz zu Petrow u. a.) hierbei die Hauptsache, die des Bindegewebes stellt nur eine örtlich erweiterte, periostale Tätigkeit

Digitized by Google

ar. Grundsätzlich etwas anderes ist die Verknöcherung verkalkter pathologischer Gewebe und Produkte an beliebigen Körperstellen: hier handelt es sich um Knochenbildung durch echte Metaplasie. 19 teilweise vorzügliche Abbildungen ergänzen die Arbeit. F. Jacobsohn-Berlin.

Haxthausen, H.: Die durch langdauernde Einwirkung klimatischer Faktoren an den Hautgefäßen hervorgerufenen Veränderungen und deren Bedeutung für verschiedene Hautkrankheiten. Hosp. tid., 1929, Nr. 27, S. 717.

Aus eigenen Beobachtungen und der Literatur zieht H. folgende Schlüsse: Langdauernde Kälteeinwirkung äußert sich durch irreversibele Erweiterung der Kapillaren und der kleinen Venen bei gleichzeitiger Kontraktion der kleinen Arterien mit entsprechender Verlangsamung des Blutstromes. Lichteinwirkung bewirkt Erweiterung der Venen und Kapillaren ohne Kontraktion der Arterien; letztere erscheinen vielmehr leichter dilatierbar als in der Norm. Kälteveränderungen finden sich namentlich an den Unterschenkeln, Nates und bei Frauen an der Streckseite und der Außenseite der Oberarme. Reine Lichteinwirkung findet man namentlich bei Frauen in der Brustregion entsprechend dem üblichen Kleidausschnitt, am Gesicht, den Händen und auch an den Vorderarmen. Kälteveränderungen der Haut scheinen besonders zu disponieren zu Erythema induratum und acneiforme, zu Tuberkuliden, Keratosis pilaris, Ekthyma und anderen Krankheitsformen. Dagegen scheint die Syphilis diese Gebiete mehr oder weniger zu meiden. Lichtveränderte Partien erscheinen besonders disponiert zu Lupus erythematosus, Erythema multiforme, Pityriasis simplex eczematata usw. Durch gemeinsame Wirkung von Kälte im Verein mit Licht sieht man besonders Rosazea, Erythema pudoris, Lupus vulgaris und erythematosus, nicht ganz selten das Boecksche Sarkoid entstehen. A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Zängerle-Amberg: Über Gänsehautbildung. D. Zschr. f. gerichtl. Med., Bd. 14, H. 2. S. 273.

Während der im geheizten Raum stattfindenden Obduktion der Leiche eines in einem kalten Maschinenhaus durch elektrischen Strom getöteten Mannes trat 3 Stunden nach dem Tode sehr stark und rasch Gänsehautbildung an der Vorderseite der Ober- und Unterschenkel und der Brust auf, also erst lange nach Eintritt der Starre der großen Skelettmuskeln. Es handelt sich keinesfalls um noch eine während des Lebens aufgetretene Kontraktur der Mm. arrectores pilorum.

H. Th. Hinrichs-Halberstadt.

Krantz, W.-Köln: Zur Frage des schwarzen Dermographismus. (Univ.-Hautkl.) Kl. m. W., 1929, Nr. 31, S. 1295.

Zur Arbeit von Breitmann über schwarzen Dermographismus bei innersekretorischen Störungen weist Verf. darauf hin, daß man diesen erzeugen kann, wenn man Haut, die vorher mit Zinkoxyd in Berührung gekommen war, mit dem Rande eines Geldstückes oder einem kupfernen Gegenstande bestreicht. Es ist daher zu fordern, ehe man für die Entstehung des schwarzen Dermographismus Eigenschaften des Organismus annimmt, die Möglichkeit des Vorhandenseins von Zinkoxyd oder anderer gleich wirksamer Substanzen auszuschließen. B. Peiser-Berlin.

Urbach, E.-Wien: Über den prinzipiellen Unterschied in der chemischen Zusammensetzung von Hautblaseninhalt und intravital entnommenem Hautgewebe. (Univ.-Kl. f. Syphilid. u. Dermat.) Kl. W., 1929, Nr. 45, S. 2094.

Der Inhalt von Hautblasen verschiedenster Art steht chemisch dem Blutserum nahe und ist keineswegs als Indikator für die chemischen Verhältnisse im Gewebe anzusehen. Chemische Gewebestudien sind nur an intravital entnommener Haut durchzuführen. Für die Entnahme ist das von Urbach eingeführte Stanzverfahren die Methode der Wahl. Frei-Berlin.

Brucker, R.-Basel: Experimentelle Untersuchungen über die Einwirkungen von Ergotamin auf den Dermographismus. (Neurol. Labor. d. Univ.) Z. exper. Med., Bd. 67, H. 1/2, S. 100.

Es wurde der Einfluß des sympathikuslähmenden Ergotamins auf den Dermographismus untersucht. Diese Substanz hat keinen Einfluß auf die Dermographia peripherica, da diese Form der Dermographie durch direkte Beeinflussung der Kapillaren erfolgt, ohne auf nervösem Wege zu verlaufen. Dagegen steigert Ergotamin die dermographischen Erscheinungen bei der dolorösen Form, die ein reflektorischer Vorgang ist und bei der die sympathische Form durch Ergotamin gelähmt werde.

A. Perutz-Wien.

Digitized by Google

Pigalew, I., u. Z. Kusnetzowa: Über die Bedingungen der Entwicklung begrenzter und diffuser Affektionen „trophischen" Charakters. Z. exper. Med., Bd. 67, H. 1/2, S. 265.

Verff. spritzten in die peripheren Äste des Trigeminus (N. infraorbitalis und N. mentalis) bei Kaninchen und Hunden als Reizmittel eine Emulsion von Krotonöl. Es zeigte sich an der Schleimhaut der Oberlippe an der Seite der verletzten Nerven ein bläulicher Fleck, der sich nach 1—3 Tagen in ein kleines Geschwür umwandelte. Gleichzeitig trat eine, manchmal doppelseitige Konjunktivitis auf. Wurde unverdünntes Krotonöl in das zentrale Ende des durchtrennten Nerven gebracht, so traten „trophische Störungen" bei allen Versuchstieren auf, die um so deutlicher erfolgten, wenn den Tieren periodisch Liquor entnommen wurde. Wurde in den N. mentalis ein Tropfen Krotonöl eingespritzt und der Nerv in der Mitte der Injektionsstelle durchtrennt, so trat an der gleichnamigen Seite ein Geschwür auf. Nach 2—7 Wochen zeigten sich an den Schneidezähnen weichliche lockere Stellen.

A. Perutz-Wien.

Pharmakologie und allgemeine Therapie der Hautkrankheiten

Riecke-Göttingen: Erfolge und Mißerfolge in der Dermatologie. (Univ.-Hautkl.) Med. Kl., 1929, Nr. 39, S. 1493.

Von Bedeutung ist Auswahl der geeigneten Mittel in richtiger Konzentration. Besonders hervorgehoben wird die Notwendigkeit energischer Arsendosierung beim Lichen (Gefahr einer Provokation durch Anbehandlung) und der Mycosis fungoides die (sonst kaum vorhandene) Röntgenüberempfindlichkeit durch gleichzeitig verabfolgtes Arsen oder Jod oder bei durch voraufgegangene Behandlung gereizter Haut. Umgekehrt kann auch durch voraufgegangene Röntgenbehandlung die Haut für Nachbehandlung mit irritierenden Medikamenten überempfindlich werden. Die Behandlung soll nicht unnötig gewechselt werden, gerade bei auf richtiger Indikation fußendem Behandlungsverfahren tritt, besonders bei akuten Hautleiden, nicht immer gleich der Erfolg ein.

E. Levin-Berlin.

Drügg-Köln-Lindenburg: Thermometerverletzung mit Quecksilbervergiftung. (Chir. Univ.-Kl.) D. m. W., 1929. Nr. 39, S. 1637.

2 Wochen nach Verletzung des l. Zeigefingergrundgliedes durch ein zerbrochenes Fieberthermometer entwickelte sich eine Schwellung in der Nähe der Verletzungsstelle. Durch Inzision wurde Hg entfernt, worauf die Wunde heilte. 3 Wochen später traten Schmerzen in der Lebergegend, Rückenschmerzen und Magen-Darm-Beschwerden auf. Durch eine 2. Inzision wurden erneut Hg-Kügelchen entfernt. Trotzdem wurden die Beschwerden stärker, es traten Eiweiß im Urin und Brennen der Mundschleimhaut auf. Trotz weiterer Einschnitte entwickelten sich die Zeichen einer Hg-Vergiftung weiter, so daß der Finger im Grundgelenk abgesetzt werden mußte. Bemerkenswert ist das scheinbare Mißverhältnis zwischen der eingedrungenen Hg-Menge und ihren Auswirkungen. Verf. glaubt, daß die Massageversuche, zwecks Entfernung des Hg durch die Operationswunde eine weitgehende Versprengung und damit eine größere Resorption und Vergiftung bedingt haben.

F. Harry-Wiesbaden.

Hesse, E.-Göttingen: Zur Therapie der Quecksilbervergiftung. (Pharmak. Inst. d. Univ.) Arch. f. exper. Path., Bd. 144, H. 5/6, S. 327.

Die bei Kaninchen nach Verabreichung tödlicher Sublimatdosen beobachtete entgiftende Wirkung des thioessigsauren Strontiums wurde an den verschiedensten Tieren geprüft und führte zu nicht einheitlichen Resultaten. Warum bei einer Tierart die Entgiftung möglich ist, bei einer anderen aber nicht, war nicht zu ergründen. Da das Strontiumsalz der Thioessigsäure für den Menschen verträglich ist, ist immerhin ein Versuch zur Behandlung menschlicher Quecksilbervergiftungen angebracht.

K. Linser-Dresden.

Kaiser, K.-Breslau: Geheilte Quecksilbervergiftung. (Abt. f. Frauenkrankheiten u. Geburtshilfe d. Allerheiligen-Hospitals.) Mschr. f. Geburtsh., Bd. 82, H. 4/5, S. 325.

Bei einem 22jähr. graviden Mädchen, das ein halbes Wasserglas einer Quecksilberoxyzyanatlösung (4,0:300,0), die ihr zu Vaginalspülungen gegeben war, im Selbstmordversuche ausgetrunken hatte, trat eine akute schwere Quecksilbervergiftung mit 76,5 mg% Reststickstoff, blutigen Durchfällen, vollständiger Anurie, Stomatitis und Angina pseudomembranacea auf; die Schwangerschaft wurde unterbrochen, es begann eine geringe Urinsekretion, wobei der Reststickstoff bis auf 291 mg% anstieg.

Digitized by Google

Die rechtsseitige Nierendekapsulation, bei welcher die Niere sehr weich gefunden war, ließ die Harnmenge in 16 Stunden, von der Operation an gerechnet, auf 625 ccm steigen und den Reststickstoff auf 154 mg% fallen. Unter häufigen Aderlässen und Traubenzuckerinfusionen besserte sich die Diurese und der Reststickstoff sank auf 49 mg%. Trotzdem noch eine akute Appendizitis eintrat, die operiert werden mußte, trat vollständige Heilung der Queckailbervergiftung ein. F. Winkler-Wien.

Schmuttermayer, F.-Innsbruck: Jodtherapie mit Jodisan. (Psychiatr.-Neurol. Univ.-Kl.) W. kl. W., 1929, Nr. 36, S. 1163.

Verf. empfiehlt das Jodisan, eine 20%ige wässerige Lösung des Hexamethylaminoisopropanoldijodids als ein Mittel, das subkutan, intramuskulär oder intravenös bis zu 3 Ampullen täglich (0,1 ccm) injiziert ohne Auftreten störender Nebenerscheinungen ein stark wirkendes Jodpräparat darstellt. Subjektive Beschwerden, die tabische Krisen oder luetische Kopfschmerzen waren meist nach 10—30 Injektionen geschwunden. Das Mittel ist besonders dort indiziert, wo anorganische Jodverbindungen nicht vertragen werden und organische Jod-Fette oder -Eiweißverbindungen zu schwach sind. H. Colman-Berlin.

Stigler, R.-Wien: Eine Beobachtung über die Aufnahme und Ausscheidung des Schwefels durch die Haut. Physiol. Inst. d. Hochschule f. Bodenkultur.) M. m. W., 1929, Nr. 43, S. 1795.

Die Resorptionsfähigkeit der Haut für Schwefel ist durch zahlreiche Untersuchungen erwiesen; nach Golodetz spielt hierbei das Zystein eine große Rolle. Bei Anwesenheit von Schwefel, der an sich wasserunlöslich ist, wird das Zystein in Zystin unter Bildung von Schwefelwasserstoff überführt. H_2S ist wasserlöslich und kann von der Haut aufgenommen werden. Weniger bekannt ist die Haut als Ausscheidungsorgan für Schwefel. Dafür, daß die Ausscheidung ebenfalls in Form von Schwefelwasserstoff vor sich geht, spricht die Beobachtung Hertwigs, daß die Hautausdünstung von Pferden und Rindern bei Schwefelfütterung nach H_2S riecht. Eine Selbstbeobachtung des Verf. bestätigt diese Annahme; er bemerkte, daß stets nach Einreiben seines Kopfes mit einer Schwefelmilchsalbe wegen Seborrhoea sicca seine silberne Uhr und Kette gelbbraun anlief. Durch genaue Selbstkontrolle konnte er Übertragung durch die eigenen Hände ausschließen. Da die Verfärbung auch eintrat, wenn er zwischen Haut und den silbernen Gegenständen eine dickere Weste schaltete, ist mit Wahrscheinlichkeit die Ausscheidung in gasförmigem Zustand erfolgt. Untersuchungen auf Lumineszenzerscheinungen, die den Sulfiden eigen sind, verliefen ergebnislos. Sprafke-Chemnitz.

Volmer, C.-Berlin: Zur Behandlung mit Sulfodermpuder. M. Kl., 1929, Nr. 36, S. 1398.

Im Sulfodermpuder sind die Puderteilchen mit kolloidalem Schwefel in statu nascendi überzogen, wodurch bei verhältnismäßig geringem Schwefelgehalte eine große Wirkungsfläche erzielt wird. Der Puder findet mit Erfolg Verwendung bei seborrhoischen Ekzemen des Gesichts, Seborrhoe der Kopfhaut als Tagesbehandlung neben nächtlicher Salbenapplikation, Pyodermien, Kinderekzemen und Furunkulosen, Nachbehandlung der Krätze. Die Unsichtbarkeit im Gesicht ist ein großer Vorteil. Am geeignetsten ist der in fester Form herausgebrachte Sulfodermkompakt. E. Levin-Berlin.

Liengme, A.-Genf: La toxicité de la Trypaflavine (Die Toxizität des Trypaflavins). (Hist. Labor. d. Univ.) (Schweiz. m. W., 1929, Nr. 38, S. 964.

Die Wirksamkeit des Trypaflavins in gewissen Fällen steht außer Frage, indessen zeigten Versuche bei Meerschweinchen, Ratten und Menschen zwischen der klinisch zweckmäßigen Dosis und der Dosis maxima tolerata eine so geringe Spanne, daß dadurch leicht ein Schaden für den Kranken entstehen kann. E. Levin-Berlin.

Lenz, E.-Tarasp und Zürich: Zur Toxikologie des Trypaflavins. (Bemerkungen zu der Arbeit von Liengme in Nr. 38 dieser Zeitschrift.) Schweiz. m. W., 1929, Nr. 46, S. 1152.

Trypaflavin gehört zu den allgemein lähmenden Protoplasmagiften, es steht seinem allgemeinen Wirkungscharakter nach dem Chinin sehr nahe. Die tierexperimentellen Untersuchungen für die exakte Bestimmung der tödlichen Dosis sind noch nicht ausgedehnt genug, um Schlüsse auf die Verhältnisse beim Menschen daraus zu ziehen. Immerhin empfiehlt es sich, Trypaflavin nur gegen die darauf sehr empfind-

Digitized by Google

lichen Erreger und möglichst nicht bei Kranken mit schwer geschädigten lebenswichtigen Organen anzuwenden und die Dosis von 0,01 g pro Kilo nicht zu überschreiten. E. Levin-Berlin.

Tissot, H. C.-St. Gallen: Über Kamillosan und Kamillosept. Schweiz. m. W. 1929, Nr. 39, S. 992.

Durch die wissenschaftliche Dosierung und Standardisierung von Heilmitteln wird die Therapie auf eine sichere Basis gestellt; das ist auch der Fall bei dem aus der deutschen kleinen Kamille hergestellten Kamillosan. Es ist als mildes Desinfiziens und Desodorans zu empfehlen bei schlecht heilenden Wunden, Rhagaden, Fissuren, Verbrennungen, Mastitiden, Intertrigo, Fluor, Röntgenverbrennungen. Das intramuskulär injizierbare Präparat Kamillosept findet Verwendung bei Pyelitis, Zystitis, gonorrhoischen Komplikationen. E. Levin-Berlin.

Schulte, R. W.-Spandau: Zur Physik und Physiologie der Wirkung von Gasbädern. I. Die Wirkung von feinblasigen Sauerstoffbädern auf die Haut. Sonderabdruck aus Z. Physikal. Ther., 1929, Bd. 37, H. 3.

Im ersten Teil seiner Untersuchungen erörtert Verf. die feinperlenden Gasbäder. Sie sind gekennzeichnet durch Oberflächenspannung, die mit der Feinperligkeit zunimmt. Dadurch haben die Gasbläschen ein größeres Haftvermögen und eine stärkere Neigung zu Osmose und Diffusion. Die Reizung der Haut erfolgt in der Art einer feinen Vibrationsmassage. A. Perutz-Wien.

Görl u. L. Voigt-Nürnberg: Die Verwendung der Kuhpockenlymphe in der Hauttherapie. M. m. W., 1929, Nr. 40, S. 1669.

Seit 1925 haben Verff. bei verschiedenen, mit Blaseneruptionen einhergehenden Hauterkrankungen Impfungen mit Kuhpockenlymphe durchgeführt und gute Erfolge gehabt. Veranlaßt wurden sie hierzu durch die hypothetische Überlegung, daß blasenbildende Dermatosen durch einen Krankheitsstoff verursacht würden, welcher dem Variolagift irgendwie verwandt ist. Die Kuhpockenlymphe würde gewissermaßen als Gruppenantigen wirken. Besonders gut reagierten die meisten Pemphigusfälle. Auffällig war bei dieser Erkrankung der rasche Verlust des Impfschutzes; stets entstand auch bei Impfungen in kurzen Intervallen eine starke Impfreaktion. Bei einem schweren Pemphigus des Auges hatte sich die lokale Applikation von Kokkoimmunogen sehr bewährt. Bei Herpes zoster kam es nach der Impfung zu keiner weiteren Ausbreitung neuer Eruptionen und die subjektiven Beschwerden verschwanden rasch. Der rezidivierende Herpes simplex wurde insoweit gebessert, als es seltener zu neuen Anfällen kam. Besonders gut reagierte der Herpes progenitalis und menstrualis; unsicher waren die Erfolge bei der Duhringschen Erkrankung, ganz fehlten sie bei der Akne. Sprafke-Chemnitz.

Arznei- und gewerbliche Schädigungen, Dermatitis artificialis

Blumenthal, F., u. K. Jaffé-Berlin: Amalgamplomben als Ursache von Quecksilberdermatitis. (Univ.-Kl. f. Haut- und Geschlechtskrkh.) D. m. W., 1929, Nr. 41, S. 1720.

Bei einer 30jähr. Pat., die angab, schon dreimal nach Einlegen einer Amalgamfüllung an Entzündung des Gesichts gelitten zu haben, stellte sich nach erneuter Amalgamfüllung eine heftige Dermatitis im Gesicht, an Hals und Schultern einer ferner Schwellung der Schleimhaut des Mundes und der Augenlider. Durch positive Kutanproben mit Quecksilber und einen positiven Übertragungsversuch nach Prausnitz-Küstner wurde der Zusammenhang der Dermatitis mit dem im Amalgam befindlichen Hg bewiesen. F. Harry-Wiesbaden.

Tagesgeschichtliche Nachrichten

Habilitiert: Dr. Gabriel Doros in Budapest. R.

Nachdruck (auch des Abschnittes „Tagesg. Nachr.") ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt

Verantwortlich für die Redaktion: für Originalabhandlungen und T. N.: Prof. Dr. J. H. Rille, Leipzig. Für den Referatenteil: Dr. Fritz Callomon, Dessau

Digitized by Google

Dermatologische Wochenschrift

Nr. 13 (Bd. 90) 29. März 1930

Aus der Universitätsklinik für Dermatologie und Syphilidologie in Wien
(Vorstand: Prof. L. Arzt)

Über Naevus atrophicans unilateralis comedonicus

Von

Dr. August Matras, Assistent der Klinik

Mit 2 Abbildungen im Text

Bolle hat in einer vor kurzem erschienenen Arbeit das Krankheitsbild des Naevus atrophicans unilateralis mit Komedonen an Hand eines an der Klinik Bloch beobachteten Falles klinisch und histologisch eingehend beschrieben und sich der Mühe unterzogen, die in der Literatur unter verschiedener Namengebung mitgeteilten gleichartigen Fälle zusammenzufassen.

Im Bolleschen Falle fanden sich bei einem 5jähr. Mädchen auf der Haut der rechten Gesichtshälfte mehrere stecknadelkopf- bis erbsengroße, zum Teil isolierte, zum Teil miteinander konfluierte, scharf umrandete, flach eingesunkene, rundliche und ovale Herde mit zahlreichen schmutzig-dunkelbraunen Komedonen in lochförmigen Vertiefungen. Nach Aussage der Mutter hatte das Kind schon bei der Geburt weiße Flecke an den erwähnten Stellen, die nach dem 1. Lebensjahr als Einsenkungen erschienen und, vom 3. Lebensjahr an immer zahlreicher auftretend, schwarze Punkte (Komedonen) sowie eine Größenzunahme erkennen ließen. Die histologische Untersuchung ergab atrophische Veränderungen in Epidermis und Kutis, daneben teils trichterförmig nach unten zulaufende, teils mehr zylindrische, mit geschichteten Hornpfröpfen ausgefüllte und von verschieden dickem Epithel ausgekleidete follikelartige Einsenkungen der Epidermis, die sich bis tief in die Kutis, zum Teil bis in das Fettgewebe hinein erstreckten. Vereinzelt Lanugohärchen und Schweißdrüsenknäuel, nirgends Talgdrüsen vorhanden.

Die von Bolle gewählte Bezeichnung stammt von Brocq, der unter dem Titel Naevus atrophique comédonien einen mit Komedonen besetzten atrophischen Hautbezirk am Kinn seinerzeit veröffentlichte. In seiner Publikation verweist er auf die Fälle von Selhorst und Thibierge, die, sowie später auch Bettmann, derartige halbseitig lokalisierte, durch Hautatrophie und Komedonen ausgezeichnete Naevusbildungen als Naevus acneiformis unilateralis benannt haben. In analogem Sinne wurde von anderen auch die Bezeichnung Naevus comedofollicularis gebraucht, wobei jedoch dahingestellt bleibe, ob dieselben mit den unsrigen identifiziert werden können.

Wegen der Seltenheit des Krankheitsbildes erscheint es uns gerechtfertigt, nachstehend über zwei an der Klinik beobachtete Fälle zu berichten.

Fall 1[1]). Franz Gr., 28 Jahre, Familien- und Patientenanamnese o. B. Über die halbseitig auf der Haut der rechten Gesichtshälfte lokalisierte Affektion läßt sich nur

[1]) Demonstriert von Prof. Arzt in der Wien. Derm. Ges. vom 23. V. 1929.

Digitized by Google

die Angabe ermitteln, daß dieselbe von Geburt auf ohne weitere wesentliche Veränderung besteht.

Status praesens: In der rechten Backen- und Wangengegend (Abb. 1) eine annähernd viereckig gestaltete, etwa handtellergroße Hautpartie, die medialwärts bis in die Mitte der Wange, lateralwärts bis zum Ansatz der Ohrmuschel und zum Kieferwinkel reicht und sich in Form eines spitzen Ausläufers am oberen Rande bis zum äußeren Augenwinkel, in der gleichen Weise am unteren Rande bis zum rechten Mundwinkel erstreckt. Ein zweiter ausgebreiteter, gleichartig beschaffener Herd nimmt die rechte seitliche Stirn- und Schläfenregion ein und greift mit einem großen Abschnitt auch auf das Kapillitium über. Seine Begrenzung gegen die unbehaarte Kopfhaut ist gegeben durch eine Linie vom rechten Stirnhaarwinkel nach abwärts zum lateralen Anteil des Augenbrauenwulstes und von hier entlang dem Jochbogen zum oberen Ansatz der Ohrmuschel. Im Kapillitium reicht die befallene Hautzone etwa zwei Querfinger weit von der Schläfen- und Stirnhaargrenze nach hinten und endet ungefähr in einer Entfernung zweier Querfinger lateral von der Medianlinie. Entlang des ganzen Nasenrückens verläuft in strichförmiger Anordnung ein etwa 2—3 mm breiter, gleichartig veränderter Hautstreifen in der Medianlinie von der Wurzel bis zur Spitze der Nase. In den so umschriebenen Arealen zeigt die Haut deutliche Atrophie, die atrophischen Partien erscheinen siebartig durchlöchert von stecknadelspitz- bis stecknadelkopfgroßen Einziehungen, die größtenteils mit einem schmutzig-bräunlichen komedoartigen Pfropf ausgefüllt sind. Infolge der überaus dichten Aneinanderlagerung der den erweiterten Follikeltrichtern entsprechenden Grübchen entsteht das eigenartige siebförmige oder wurmstichige Aussehen der betreffenden Hautbezirke. Die dazwischen gelegenen trennenden Hautbrücken sind auf äußerst schmale Leisten reduziert und bilden in ihrem ganzen Verbande ein zierliches, deutlich vorragendes Maschennetzwerk.

Abb. 1. Naevus atroph. unilat. mit Komedonen in den erweiterten Follikeln

Die histologische Untersuchung (Hist. Prot. 6604) ergibt eine beträchtliche Verschmälerung der Epidermis, die in den interfollikulären Abschnitten durchschnittlich eine Stärke von 4—5 Zellreihen aufweist. Das Stratum basilare hochzylindrisch, pigmentarm, das Str. spinosum 2—3 Zellagen umfassend, die Zellen auffallend klein, darüber ein reichliches Keratohyalinkörner enthaltendes, meist einreihiges Str. granulosum, einen zusammenhängenden, schmalen, dunklen Streifen bildend, das Str. corneum äußerst dünn, nur in Form einer zarten aufgesplitterten Hornlamelle vorhanden. Die Begrenzung der Epidermis gegen die Kutis verläuft in den interfollikulären Abschnitten geradlinig, das Reteleistensystem einerseits, die Kutispapillen andererseits fehlen vollständig. Das kollagene Gewebe des subepithelialen Stratums homogenisiert, kernarm, die spärlichen, nur bis zu einer gewissen Höhe aufsteigenden Gefäße der Kutis von vereinzelten lymphozytären und plasmazellulären Elementen umgeben. Entzündliche Veränderungen in der Kutis fehlen. Die eigentlichen pathologischen Vorgänge spielen sich an den Follikeln ab, die in den untersuchten Schnitten durchweg beträchtlich erweitert sind (Abb. 2). Die Erweiterung betrifft sowohl die Follikelmündungen als auch den Follikelhals, so daß sich weite, geräumige, zumeist aber zylindrisch aussehende Einsenkungen in die Tiefe ergeben. Ausgefüllt sind dieselben von locker gefügten, geschichteten Hornmassen, die stellenweise dunkelbraunrote strukturlose Klumpen und Pfröpfe umschließen. Die epitheliale Auskleidung der erweiterten Follikel lassen alle Schichten der Epidermis erkennen, insbesondere sei die lückenlos vorhandene einreihige Keratohyalinschicht erwähnt. Die Breite der seitlichen Wandpartien auf 2—3 Zellagen reduziert, die Begrenzung gegen

Digitized by Google

das benachbarte Bindegewebe des Papillarkörpers linear. Im Bereiche des Follikelhalses und -bodens tritt eine auffallende Wucherung des Epithels in Form von breiten, vielfach verzweigten Zapfen und Sprossen in Erscheinung. Letztere haben in der Mehrzahl einen geraden, da und dort aber auch krebsscherenartig gebogenen Verlauf. Allenthalben finden sich im Zentrum solcher gewucherter Epithelzapfen größere und kleinere, teils rundliche, teils ovaläre, mit Hornschichten erfüllte Hohlräume, die allem Anschein nach seitlichen Ausstülpungen der erweiterten Follikel entsprechen. Im Bereiche der besonders breiten tonnenförmigen Einsenkungen, die die Kutis nahezu in ihrer ganzen Stärke durchsetzen, fehlen die Anhangsgebilde der Haut gänzlich. Dort, wo die Follikeltrichter weniger hochgradig verbreitert und vertieft sind, finden sich Talg- und Schweißdrüsen in spärlicher Menge und ganz vereinzelt auch ungemein zarte, verkümmerte Haaranlagen.

Fall 2[1]). Franz K., 40 Jahre. Anamnestisch läßt sich erheben, daß die bestehende Hautaffektion gelegentlich einer antiluetischen Behandlung im Jahre 1922 bemerkt wurde und seit damals unverändert geblieben ist.

Status praesens: In der rechten Lendenseite ungefähr über der Spina iliaca posterior superior ein 7 cm im horizontalen und 5 cm im vertikalen Durchmesser haltender ovalärer Herd, im Bereiche dessen sich die Haut zarter und schlaffer anfühlt und sich leichter in Falten legen läßt als auf der erscheinungsfreien Gegenseite. In diesem Areale finden sich zahlreiche kleinsteck-nadelkopfgroße, zum Teil mit schwarzen Komedopfröpfen ausgefüllte Grübchen und daneben unregelmäßig polyzyklisch begrenzte, linsen- bis bohnengroße, leicht eingesunkene und weißlich, deutlich atrophisch aussehende Stellen, welche die normale Hautfelderung nur andeutungsweise erkennen lassen.

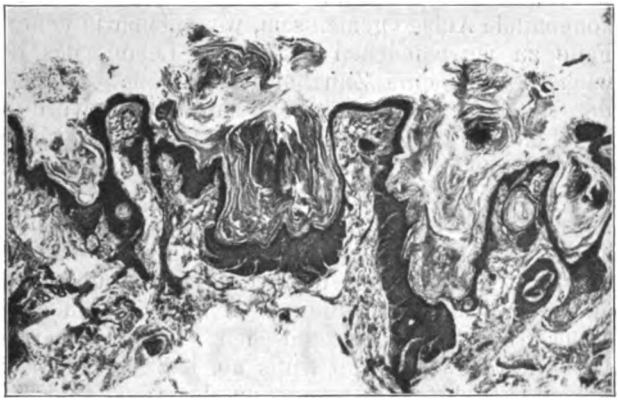


Abb. 2. Naevus atroph. unilat. comedon. Geschichtete Hornmassen in den Follikeltrichtern, Atrophie des Deckepithels, Epithelsprossung am Follikelboden

Bei der histologischen Untersuchung (Hist. Prot. 7509) finden sich die gleichen Veränderungen wie im vorigen Falle: deutliche Zeichen von Atrophie der Epidermis und Kutis, das Str. basilare der Epidermis wechselnd pigmentreich, im Str. papillare der Kutis stellenweise homogen schollige Degeneration des kollagenen und Aufsplitterung des elatischen Gewebes neben spärlichen perivaskulären Infiltraten; allenthalben senken sich breit erweiterte Follikeltrichter bis in die Kutis ein, sind jedoch nicht in solcher Größe und Reichlichkeit vorhanden wie im 1. Falle. Hautanhangsgebilde rudimentär.

In beiden Fällen handelt es sich also um aller Wahrscheinlichkeit nach von Geburt auf bestehende, umschriebene formale Anomalien der Haut, die im Laufe des späteren Lebens sichtbar geworden sind und vielleicht an Umfang und Deutlichkeit zugenommen haben, somit im Sinne der MEIROWSKYschen Definition als Naevi bezeichnet werden müssen. Die Veränderungen äußern sich vor allem an den Follikeltrichtern, die mächtig erweitert und vertieft und mit geschichteten komedoartigen Hornpfröpfen ausgefüllt sind und der eingesunkenen atrophischen Hautpartie ein eigenartiges siebförmig durchlöchertes Aussehen verleihen. Das klinische Bild

[1]) Demonstriert in der Wien. Derm. Ges. vom 21. XI. 1929.

Digitized by Google

findet seine Bestätigung durch die histologische Untersuchung, indem hier neben den atrophischen Veränderungen der Haut, namentlich der Epidermis, vor allem die teilweise mit geschichteten Hornmassen ausgefüllten, mächtig erweiterten und weit in die Tiefe reichenden Follikeltrichter das Wesentliche des pathologischen Prozesses darstellen. Die beiden Beobachtungen stehen mit gleichartigen anderer Autoren klinisch und histologisch in vielen Beziehungen in Übereinstimmung. Während im Fall 2 nur ein solitärer Herd in der rechten Lendengegend sich vorfindet, ist die Affektion im Fall 1 auf die Haut der rechten Gesichtshälfte und die angrenzenden Partien des Kapillitiums ausgesprochen halbseitig lokalisiert, eine Anordnung, wie sie besonders bei Naevusbildungen verschiedener Art häufig anzutreffen ist. In sämtlichen bisher beschriebenen Fällen von Naevus atrophicans mit Komedonen wird auf die halbseitige und bisweilen auch segmentare Ausbreitung hingewiesen, was schon in der Namengebung durch das Beiwort „unilateralis" zum Ausdruck gebracht ist. Ferner ist allen die kongenitale Anlage gemeinsam, wenngleich in dem einen oder dem anderen Falle zu verschiedenen Zeiten des Lebens das Krankheitsbild sich entwickelte oder eine Zunahme der Größe bzw. Steigerung der Intensität der Erscheinungen unverkennbar deutlich wurde. Über die Pathogenese des Leidens hat Bolle in seiner Arbeit Erörterungen angestellt, jedoch in der Frage über die primäre Ursache dieser kongenital angelegten Mißbildung der Haut keine Entscheidung getroffen, ob die Komedonen oder die Atrophie als solche verantwortlich gemacht werden kann. Seiner Vermutung nach dürfte der ursächliche Anlaß in abnormalen, auf bestimmte Bezirke der Haut beschränkten Wachstumserscheinungen gelegen sein. Diese veränderten Wachstumsbedingungen führen dann einerseits zu atrophischen, andererseits zu hypertrophischen Vorgängen; erstere spielen sich in der Epidermis sowie in der Kutis ab, letztere treten am Follikelepithel in der Form vermehrter Sprossung an der Basis und Hyperkeratose mit nachfolgender Komedonenbildung lumenwärts auf. Bisweilen ist man in der Lage bei chronisch verlaufender Akne vulgaris corporis flach schalenförmig eingesunkene, wie gestrickt aussehende, rundliche und ovale Narben mit teilweise Komedonen enthaltenden kleinen Grübchen in den Maschen des Netzwerkes zu beobachten, Bilder, die große Ähnlichkeit mit unseren Naevusformen aufweisen. Von manchen Autoren, u. a. Dreyer, sind in der Literatur auch Fälle von Komedonennaevi auf Basis einer Akne beschrieben worden. Unseres Erachtens sind derartige Restzustände nach vorangegangenen follikulären Entzündungsprozessen von dem hier vorliegenden Krankheitsbild grundsätzlich verschieden und mangels jeglicher Anhaltspunkte für die naevogene Natur abzutrennen! Es geht daraus nur so viel hervor, daß eine gleichartig aussehende Formveränderung sowohl nach Entzündungen, ebenso auch als Mißbildung angetroffen werden kann.

Auffallende Unterschiede von dem gewöhnlichen Bilde des Naevus atrophicans mit Komedonen weist der Fall Brünauers auf, weshalb sich Bolle gegen die Zugehörigkeit desselben ausspricht.

Bei einem 40jähr. Manne, symmetrisch an der Beugeseite der Unterschenkel in einem etwa talergroßen Hautareal, zahlreiche seit frühester Kindheit bestehende, größere und kleinere, leicht prominierende, bräunlich-schwärzliche Papeln mit einem dunkler

Digitized by Google

komedoartigen Köpfchen im Zentrum. Mikroskopisch entsprachen den kleinen Papelchen erweiterte, mit geschichteten Hornmassen ausgefüllte Follikel, denen kappenartig im Str. papillare ein aus Lymphozyten und Plasmazellen bestehendes, zellreiches, gegen die Umgebung scharf abgegrenztes Gewebe aufsitzt. Im Bereiche des Follikelepithels, abgesehen von der Hypertrophie des Str. corneum, stellenweise Vakuolenbildung um den Zellkern im Sinne einer Altération cavitaire. Keine Zeichen von Atrophie der Epidermis oder Kutis.

Es unterscheidet sich diese Komedonennaevusbildung ganz wesentlich von der Art unserer Fälle zunächst durch die Symmetrie der Anordnung, ferner aber durch den Mangel der Atrophie und die Anhäufung des überaus zellreichen lymphoiden Gewebes im Papillarkörper, das möglicherweise als banale, reaktive Granulationsgewebsbildung um die erweiterten, mit Hornmassen erfüllten Follikel aufzufassen ist.

Von den in letzter Zeit bekannt gewordenen Fällen wäre noch der von R. O. Stein erstmals in der Wien. Derm. Ges. vom 10. III. 1927 und zum zweiten Male ebenda am 20. VI. 1929 demonstrierte zu erwähnen. Derselbe betrifft eine 20jähr. Patientin, die einen überhandtellergroßen Naevus in der linken Kreuzbeingegend und einen zweiten schillingstückgroßen an der Innenseite der linken Gesäßbacke aufwies. Beide Herde enthielten zahllose Hornpfröpfe von tiefschwarzer Farbe nach Art von Riesenkomedonen, die, in tiefen Gruben sitzend, nach dem spontanen Ausfallen narbige Einziehungen hinterließen und ein wabig durchlöchertes Aussehen der Hautoberfläche zur Folge hatten. Histologisch hyperkeratotische Follikelmündungen, in deren Bereich die Epidermis auf wenige Zellagen verdünnt erscheint. Die Halbseitigkeit in der Lokalisation, die typischen klinischen und histologischen Merkmale lassen ohne Zweifel diesen Fall in die Gruppe des Naevus atroph. unilat. comedon. gehörig erscheinen.

Zusammenfassung

Es werden zwei klinisch und histologisch untersuchte Fälle von Naevus atroph. unilat. comedon. beschrieben, die das von verschiedenen Autoren gekennzeichnete charakteristische Krankheitsbild aufweisen. Die Grundzüge desselben sind: von Geburt auf bestehende, evtl. erst im Laufe des Lebens in Erscheinung tretende oder sich vergrößernde, halbseitig, bisweilen auch segmentär angeordnete, scharf umschriebene und flach schalenförmig eingesunkene, atrophische Hautstellen, die in einem Maschennetzwerk von leicht vorspringenden bindegewebigen Strängen zahlreiche, zumeist mit bräunlich-schwärzlichen Komedonen ausgefüllte grubige Vertiefungen aufweisen. Histologisch die Epidermis und die Kutis verschmälert, an den zylindrisch erweiterten und mit geschichteten Hornmassen erfüllten Follikeltrichtern Sprossungserscheinungen von seiten des Epithels, keine entzündlichen Vorgänge. Dem morphologischen Befund zufolge liegt eine abnorm große Menge von hypertrophischen Follikeln in umschriebenen atrophischen Hautbezirken zusammengedrängt, ihrer Form und Anordnung nach als naevusartige Mißbildung der Haut aufzufassen.

Literatur

Arzt, Zbl. f. Hautkrkh., 1929, 32, 33. — Bolle, Arch. f. Derm., 1929, 157, 302 (enthält ausführliches Autorenverzeichnis, u. a. die hier nicht namentlich angeführten). — Dreyer, Zbl. f. Hautkrkh., 1928, 26, 33. — Meirowsky, Kl. W., 1926, 5, 505. — Stein, R. O., Zbl. f. Hautkrkh., 1929, 32, 176.

Digitized by Google

Zur Diagnose und Therapie der Lepra mit Berücksichtigung der intravenösen Injektion von Jodnatriumlösung

Von

Prof. Dr. T. Aoki, Direktor des dermatologischen Hospitals in Nagasaki und Y. Aoki

Alle Praktiker sind darüber einig, daß ein typischer Fall von Lepra tuberosa keine diagnostische Schwierigkeit darbietet, etwaige Zweifel wird der meist leicht zu erbringende Bazillennachweis beseitigen. Dagegen zeigt sich, daß in atypischen Fällen und bei initialen Symptomen der Lepra maculosa und nervosa die Diagnose schwierig sein kann, da der Nachweis des Erregers uns nicht immer mit Sicherheit gelingt.

Es ist mehrfach behauptet worden, daß die Nasenschleimhaut die Eingangspforte für die lepröse Infektion bilden könne und daß daher die Bazillen, die zunächst in die Schleimhaut eindringen, am häufigsten im Nasensekret zu finden sein müssen. Besonders betonte Sticker, daß in manchen Fällen, in welchen die Nasenschleimhaut affiziert war, das Sekret derselben die Bazillen besonders reichlich enthielt, auch Jeansflme und Koch sprachen sich ähnlich aus. Dagegen konnten Bergmann, Thomson usw. dies nicht bestätigen, und auch die Befunde von Forpat, Christmann, Kalindero, Tschernogubow, Unna, Paldrock, Klingmüller und Ando lassen sich dahin zusammenfassen, daß der Nachweis der Bazillen in der affizierten Haut relativ leicht und sicher gelingt.

Hautum und Hermann punktierten energisch komprimierte und anämisierte Hautefloreszenzen in verschiedener Tiefe und untersuchten die exprimierte Gewebsflüssigkeit in Abstrichen. Ehlers, Bourret und With empfehlen eine Kapillarpipette zur Punktion und zum Ansaugen der serösen Flüssigkeit, um die Beimischung von Blut möglichst zu vermeiden. Zur Feststellung des Erregers spritzen Greenbaum und Schamberg in eine lepraverdächtige Stelle 0,5 ccm physiologische NaCl-Lösung ein, massieren und saugen einige Male an. Rosental und Kruglak haben mit dieser Methode bei Lepra tuberosa in 100 %, bei Lepra anaesthetica in 60 % positive Resultate erzielt. Auch kann man frische oder alte Stückchen in NaCl-Lösung fein verreiben und antrocknen oder aus dem Zentrifugat Bazillenpräparate machen (Alvarez usw.).

Vor einigen Jahren legte Schröpl an den Flecken Kohlensäureschneeblasen an und konnte in dem ausgestrichenen Exsudate säurefeste Bazillen ziemlich reichlich feststellen, während in jedem dieser Fälle in dem Nasensekret des Patienten keine Bazillen nachzuweisen waren. Auch Antunas erzielte bei der Untersuchung des Nasenschleims von verdächtigen Leprakranken auf Bazillen in nur 9,3 % positive Resultate, während bei der Untersuchung des Saftes der Flecken oder der geschwollenen Ohrläppchen nach Einschnitt mit einer Impflanzette und Auskratzung der Schnittfläche unter der Epidermis die positiven Befunde 53,8 % betrugen.

Digitized by Google

Die von Hoffmann vorgeschlagene Punktionsmethode an den subkutan liegenden Lymphdrüsen (zervikale, inguinale, epitrochleare, aber auch krurale, submaxillare usw. Drüsen) soll nach Rosental und Kruglak bei Lepra tuberosa in den Leistendrüsen 100 %, Lepra anaesthetica 95 %), Takenaka (bei Lepra tuberosa 100 %, bei Lepra erythematosa 60 %, bei Lepra maculosa 66,3 %) und anderen für den Bazillennachweis ein ziemlich gutes Resultat ergeben. Die Hodenpunktion für den Bazillennachweis scheint nach Kobayashi (93 % positiv; auch bei makulösen und nervösen Fällen) ein gutes Resultat zu geben.

Die einfachste Methode scheint uns jene zu sein, bei der aus der Hautplaque die Bazillen nachgewiesen werden.

Unsere Methode besteht darin, daß man ein hirsekorngroßes Hautstückchen aus verschiedenen leprösen Affektionsstellen exzidiert und dann von der unteren Schnittfläche Abstrichpräparat macht, dasselbe bisweilen mit einem sterilisierten Glasstäbchen auf Deckgläschen stärker andrückend, um den erhaltenen Saft und die Bazillen abzustreifen. Die lufttrockenen Ausstrichpräparate werden über der Flamme fixiert und darauf nach der Ziehl-Gabbetschen Methode oder mit unserer Erythrosin-Methylenblaumethode gefärbt.

Unsere Erythrosin-Methylenblaumethode ist kurz die folgende:

Dünner Ausstrich (kurz nach Lufttrocknung).

A. 5 Minuten mit Erythrosinlösung bei 80°:

Erythrosin	1,0
Pikrinsäure	0,15
Aq. dest.	100,0

Vorsichtige Wasserabspülung.

B. 1 Minute Durchziehen in:

Kal. caust.	5,0
Alcohol absol.	30,0
Aq. dest.	70,0

Auswaschen in Wasser.

C. 1 Minute Färbung in:

1 % Kal. caust.	1,0
Gesättigte alkohol. Methylenblaulösung	15,0
Aq. dest.	100,0

Nach dieser Behandlung erscheinen die lebenden Bakterien hellrot, die toten dunkelblauviolett und die Übergänge leicht rotviolett bis blauviolett gefärbt.

Die Resultate unserer Untersuchungen für den Bazillennachweis sind in den folgenden zwei Tabellen kurz zusammengefaßt.

Tabelle 1

Gesamtzahl der Fälle 42	Schwerer Typus 11 (L. tuberosa)	Aus der Hautplaque / Aus dem Nasensekret	Alle Fälle positiv	
	Leichter Typus 31 (L. maculo-anaesthetica)	Negativ 5		
		Positiv 26	Aus der Hautplaque und dem Nasensekret	5
			Aus der Hautplaque	20
			Aus dem Nasensekret	1

Digitized by Google

Bemerkung: Findet man im Nasensekret oder in gewaschenen Krusten keine Bazillen, so muß man ein Stückchen der Septumschleimhaut, besonders von dem unteren Teil, exzidieren oder nach Jeanselmeschen Methode die obersten Schichten abschaben und dann den Gewebssaft untersuchen.

Tabelle 2

Leichte Fälle von L. maculo-anaesthetica			
Aus der Hautplaque	Prozent	Aus dem Nasensekret	Prozent
Ando (112)	69	Kolle	35
Aoki (31)	81	Lie	4
		Thiroux	16
		Ziemann	54
		van Hautum	3
		Kitasato	43
		Deycke	20
		Bourret	61
		Lebaut	47
		Gerber	62
		Hollmann	45
		Sugai	33
		Yamada	18
		Ohashi	3
		Aoki	19
Durchschnittssumme	75	Durchschnittssumme	31

Wie man aus Tabelle 1 erkennt, waren bei 11 schweren Fällen alle Haut- und Nasensekretuntersuchungen positiv, während bei 31 leichten Fällen nur 26 positiv waren, von denen 20 auf Hautversuche, 1 auf Nasensekretversuche und 5 auf beide Versuchsarten entfallen. Wir können also sagen, daß von den 26 positiven Fällen 25 (81 %) durch Hautversuche und nur 6 (19 %) durch Nasensekretversuche als positiv erwiesen wurden. Da die Technik meiner Hautversuche für den Bazillennachweis der Lepra sehr einfach und bequem ist, und da das Resultat sogar bedeutend besser ist als das der Nasensekretversuche, so möchten wir diese Methode als ganz vorzügliches Hilfsmittel für die frühzeitige Diagnose bezeichnen.

Die Reaktion Lepröser auf Jodpräparate ist ein seit langem bekannter, schon früher von vielen Autoren beschriebener und für die vorliegende Krankheitserscheinung spezifischer Vorgang. Schon Danielssen hat diese Reaktion zur Diagnose der Lepra benutzt und auch von Siebert, Beck, Sticker, Babes, Neisser, Wolff usw. ist sie mehrfach verwandt worden. Weil jedoch Jodkalium manchmal von Leprösen schlecht vertragen wird, so hat man andere Jodverbindungen, z. B. Jodipin (Urbanowisch), zu applizieren versucht. Jadassohn sagt „die makulo-anästhetischen Fälle sind augenscheinlich seltener als die tuberösen reaktionsfähig (meine eigenen hierhergehörigen Fälle reagierten, soweit ich sie prüfen konnte, auf Dosen bis 4 und 6 g JK pro die nicht). Ob bei wirklich sehr großen Dosen, 10—12 g pro die, die Reaktion doch auftreten würde, bleibt zu

Digitized by Google

rüfen". Auch in Japan wurden von Yamamoto, Nakano, Sugai und hashi oft mit diesem Befund ziemlich übereinstimmende Einflüsse r Jodkalien wahrgenommen und verschiedene Jodverbindungen an-wandt.

Man weiß bei einer subkutanen oder intramuskulären, insbesondere er innerlichen Anwendung nie „wieviel vom angewandten Medikament gentlich resorbiert wird und wann es zur Wirkung kommt". Während i diesen Anwendungen sogar ein Teil der Medikamente durch Ent-ndung in der Umgebung abgekapselt und auf unbestimmte Zeit un-sorbiert liegen bleiben kann oder infolge chemischer Einflüsse sich rsetzen, unwirksam oder toxisch werden kann, ist es bei intravenöser jektion ganz sicher, daß das Präparat als solches sofort sicher zur irkung gelangt. Aus diesem Grunde wählten wir als besonders ge-gnete Methode bei unseren Versuchen die intravenöse Verabreichung d von den Jodpräparaten das Jodnatrium, welches ein weniger hygro-opisches und daher haltbares Präparat ist und selbst bei seiner Ver-endung in ziemlich großen Dosen durch Ausschaltung der für das erz ungünstigen Kaliumkomponente den Vorzug der besseren Verträg-hkeit hat.

Vor einigen Jahren berichteten Kolmer und Lucke über Tierversuche Kaninchen nach intravenöser Injektion von 0,04—0,16 g Jodnatrium o Kilogramm 2mal wöchentlich; bei der histologischen und anatomischen ntersuchung konstatierten sie, daß die Nieren, Leber, Lunge und Milz r eine leichte Reaktion zeigten, die als milde Reizung bezeichnet werden nn, und sie betonen, daß diese Befunde in scharfem Kontrast zu den egenerationsprodukten durch Arsen, Quecksilber und Wismut stehen. lbst bei der einmaligen intravenösen Applikation einer größeren Dose ,1—0,5 g pro Kilogramm) von Jodnatrium fanden sie keine Verände-ngen des Organismus und dessen Gewebsbestandteilen. Die Ergebnisse eler Untersuchungen an Kaninchen, welchen von uns 5 % ige Jodnatrium-sung intravenös in die Ohrlappenvenen injiziert und die zu verschie-nen Zeitpunkten während des Verlaufs der Untersuchung abgetötet rden, stellen sich folgendermaßen dar.

Bei den 4 Versuchen, in denen eine einmalige Applikation ausgeführt rde (4 ccm pro Kilogramm d. h. JNa 0,2), zeigte in 3 Fällen allein die ber mehr oder weniger starke Stauungen, nur in 1 Fall die Niere chte Stauung und die Magenschleimhaut leichten Katarrh. Bei den Versuchen, in denen die Injektionen in 4tägigen Pausen wiederholt rden (1—4 ccm pro Kilogramm d. h. JNa 0,05—0,2), waren durch die wendung der relativ kleinen Dose (1—1,5 ccm pro Kilogramm, d. h. a 0,05—0,075), bei 7 Kaninchen alle Organe von Schädigung durch dnatrium ganz frei — mit Ausnahme 1 Kaninchens, das 2 Tage nach r 3. Injektion starb (1,5 ccm pro Kilogramm), und bei welchem die desursache nicht sicher festzustellen war —, von den anderen 6 Tieren, lche mit großer Dose (4 ccm pro Kilogramm) behandelt worden waren, rben 4 (2 zwei Tage nach 3maliger Injektion, 2 zwei bis drei Tage nach naliger Injektion) und in diesen 6 Versuchen wurden in Lunge, Milz, ber, Darm und Magen außer den oben bei 1maliger Injektion beschrie-nen Befunden trübige Schwellung und Ödem, häufig Hämosiderose,

Digitized by Google

selten Nekrose nachgewiesen, die Niere zeigte unter 6 Tieren nur bei 1 Tier das Bild der akuten parenchymatösen Nephritis.

Einer Bestimmung der Dosis tolerata stehen allerdings einige Schwierigkeiten entgegen, indem ein Tier verschieden auf das eingeführte Mittel reagierte. Jedoch glauben wir sagen zu können, daß nach unseren zahlreichen Kaninchenversuchen diese Dose bei intravenöser Eingabe zwischen 5 und 10 ccm (1,0—2,0) 20%iger Jodnatriumlösung pro Kilogramm liegt. Nach der Einführung dieser Dose verhalten sich die Tiere abgesehen von unruhigen Zuständen zuerst wie gesunde. Nach 6—7 Stunden stellen sich rasch zunehmende Schwäche und Erscheinungen einer mehr oder weniger hochgradigen Dyspnoe ein, und die Tiere gehen schließlich an Lungenödem zugrunde.

Bohm und Berger stellten fest, daß die intravenöse Darreichung von 0,76—0,8 g Jodnatrium pro Kilogramm einen Hund sicher innerhalb 12—36 Stunden tötet, und daß man bei Sektion in der Regel reichliche pleuritische Exsudate und Ödem in den unteren Partien der Lunge findet. Aus den oben beschriebenen Versuchen geht also hervor, daß der Patient von Schädigung durch die intravenöse Injektion von Jodnatrium ganz frei sein müsse, wenn man klinisch unter Anwendung der gleichen Methode die kleinere Dose von weniger als ein Zehntel der minimalen totalen Dose (0,07 pro Kilogramm d. h. JNa 4,2 pro 60 kg) auf einmal verabreicht. Bei den gleichzeitig an Basedowscher Krankheit leidenden Patienten muß natürlich diese Methode, wie andere Jodkuren, mit größerer Vorsicht verwertet werden. Klose berichtete über „Basedow" an Hunden nach intravenöser Darreichung von 0,03 g Jodnatrium pro Kilogramm (0,03 Dosis efficax, 0,06—0,07 toxische, 0,08—0,09 letale Dosis); er beobachtete Tachykardie, Temperatursteigerung und nervöse Erscheinungen.

Im allgemeinen werden die Jodide in kürzester Zeit schnell durch den Harn (bis neun Zehntel der gereichten Menge) und die Speicheldrüsen wieder ausgeschieden. Da besonders das intravenös verabreichte Jodion viel schneller ausgeschieden wird, so ist die relative Unschädlichkeit großer Dosen desselben (intravenöse Injektion von 10%iger Jodnatriumlösung 2—3mal wöchentlich je 20—50 g per inj. nach Klemperer) nicht verwunderlich. Daher wurde früher bei geeigneten Fällen von Syphilis die intravenöse Injektion mit gutem therapeutischen Erfolg zuerst von Klemperer, dann von Engwer, Schlesinger, Wernick, Howard usw. empfohlen.

Nach Narath erscheint nach intravenöser Injektion von 0,1 Jodkalium bei Gesunden Jod im Harn nach 3—4 Minuten, bei Gesunden nie später als 8 Minuten; die gesamte Ausscheidungsdauer beträgt 14 bis 22 Stunden. Bei den mit Jodnatrium intravenös behandelten Versuchstieren fanden wir bestätigt, daß, wie folgende Tabelle lehrt, auf rauchende Salpetersäure und Chloroform das Jod (0,2 pro Kilogramm) im Harn und Speichel des gesunden Kaninchens nach 1 Stunde stark positiv reagiert, wie auch bei dem gesunden Menschen (1,0) innerhalb desselben Zeitraums stark positive Reaktion eintritt, und daß die gesamte Ausscheidungsdauer höchstens 3—4 Tage beträgt.

Es scheint auch nicht zweifelhaft zu sein, daß die Jodausscheidung nach intravenöser Injektion eine raschere und vollkommenere ist. In

Digitized by Google

uptmenge des Jod verläßt schon in einigen Stunden, der wägbare Rest sselben spätestens in etwa 3—4 Tagen den Organismus.

belle 3. Jodausscheidung nach der intravenösen Injektion von Jodnatrium

	Mensch 20 ccm (5%)							
mmer	1		2		3		4	
terial	H.	S.	H.	S.	H.	S.	H.	S.
ch 1 Stunde .	+++	+++	+++	+++	+++	+++	+++	+++
ch 24 Stunden .	+	±	+	+	+	±	+	+
ch 48 Stunden .	Sp.	—	Sp.	Sp.	Sp.	—	Sp.	Sp.
ch 4 Tagen . .	—	—	—	—	—	—	—	—
ch 5 Tagen . .	—	—	—	—	—	—	—	—
ch 6 Tagen . .	—	—	—	—	—	—	—	—
	Kaninchen 1 ccm pro Kilogramm (20%)							
mmer	1		2		3		4	
terial	H.	S.	H.	S.	H.	S.	H.	S.
ch 1 Stunde .	+++	+++	+++	+++	+++	+++	+++	+++
ch 24 Stunden .	++	+	++	±	+	+	+	±
ch 48 Stunden .	+	+	+	—	+	±	+	—
ch 4 Tagen . .	Sp.	Sp.	Sp.	—	—	—	—	—
ch 5 Tagen . .	—	—	—	—	—	—	—	—
ch 6 Tagen . .	—	—	—	—	—	—	—	—

Bemerkung: H. = Harn, S. = Speichel. Man versetzt den Harn (10—15 ccm) mit chender Salpetersäure (5—10 Tropfen) und Chloroform (1—2 ccm) und schüttelt durch. Vorhandensein von Jod färbt sich das Chloroform violettrot. +++ = Violettrot, ++ = Pfirsichrot, + = Dünnrot, Sp. = Spurrot, ± = Zweifelhaft, — = Negativ.

Wenn man bei der intravenösen Injektion so verfährt, daß die einzelne se 0,07 pro Kilogramm nicht überschreitet, und daß man zwischen die nzelnen Einspritzungen eine nicht kürzere Pause als 4 Tage einschiebt, wird außer im Falle einer individuellen Überempfindlichkeit eine Indikation nicht auftreten können.

Zur Diagnose der Lepra bedienten wir uns einer Provokationsmethode rch Verabreichung einer intravenösen Injektion von 5%iger Jodnatriumung, welche zuerst in kleiner Dose (1,0 ccm) gegeben, allmählich verirkt und in Abständen von 5 Tagen wiederholt wird. Von 23 Patienten, e 1923—1925 von uns untersucht worden sind, reagierten 8 mit Lepra berosa auf eine Lösung von weniger als 10 ccm (0,5 g), 15 mit Lepra nculosa und Lepra mixta — mit Ausnahme von 2 Fällen, von denen r eine auf 28 ccm (1,4 g), der andere auf 32 ccm (1,6 g) reagierte — f Dosen von 1 ccm (0,05 g) bis 20 ccm (1,0 g) mit allgemeiner und raler Reaktion, wie man aus Tabelle 4 erkennt. 22 nicht infizierte ille ließen dagegen selbst auf eine Dose von 40 ccm (2,0 g) keine eaktion erkennen.

Digitized by Google

Tabelle 4. Die Reaktion nach der intravenösen Injektion von 5%iger Jodnatriumlösung (Pause von mindestens 5 Tagen) bei der Lepra

Nr.	Name, Alter und Geschlecht	Diagnose	Injektionsdosis	Reaktion		Jodis
				Allgemeine Reaktion	Lokale Reaktion	
1	K. O. 28 J., ♂	L. anaesthetica Affenhand	1 ccm (0,05)	Unbehagen, Kopfweh, insbes. Stumpfschmerz in der Nacht; Fieber in der Nacht 37,3°	—	–
			2 ccm (0,1)	Etwas leichter als obige Reaktion	—	–
			4 ccm (0,2)	Mattigkeit, Müdigkeit einige Stunden nach der Injektion; Kopfweh, Schwindel, Frost, bes. Gesichtsbrennen; Fieber 38,8°	Keine bedeutenden Erscheinungen	–
2	M. M. 62 J., ♀	L. initialis erythematosa	1 ccm (0,05)	Leichte Unbehaglichkeit	—	–
			2 ccm (0,1)	Unbehagen, Mattigkeit, leichte Kopfschmerzen	—	–
			4 ccm (0,2)	Mattigkeit, Müdigkeit, Kopfschmerz, insbes. Hitzegefühl 5 Std. nach der Injektion bis zum nächsten Tag dauernd	Vermehrung der Rötung an der rechten Unterkiefergegend	–
3	R. I. 28 J., ♂	L. infiltrativa, L. papulotuberosa	1 ccm (0,05)	—	—	–
			2 ccm (0,1)	Schon nach 3 Std. nach der Injektion Brennen im Gesicht, Unbehagen, Kopfweh, Schwindel, allgemeine Abgespanntheit; Fieber abends 37,6°	Vermehrung der Rötung und Infiltration im Gesicht	–
4	T. M. 37 J., ♂	L. anaesthetica	1 ccm (0.05)	—	—	–
			2 ccm (0,1)	Injektion um 11 Uhr morgens; um 6 Uhr abends Mattigkeit, Müdigkeit, Kopfweh, bes. Hitzegefühl, Frost; Fieber 37,0°	—	–
5	K. B. 21 J., ♀	L. initialis-erythematosa, L. papulosa	1 ccm (0.05)	—	—	–
			2 ccm (0,1)	—	—	–
			3 ccm (0,15)	Abends (ungefähr 6 Std. nach der Injektion) leichte Mattigkeit, Müdigkeit, Kopfweh, bes. Hitzegefühl; Fieber um 9 Uhr 37,3°	Rötung der Initialerythemen im Gesicht vermehrt sich	–
			4 ccm (0,2)	Außer leichten Schmerzen in Gelenk und Muskel, Frost; Fieber 38,0°; nach 3 Tagen verschwunden	Alte Papeln gerötet und angeschwollen, neue Papeln an den oberen und unteren Extremitäten aufgetreten	–

Digitized by Google

Name, Alter und Geschlecht	Diagnose	Injektionsdosis	Reaktion		Jodismus
			Allgemeine Reaktion	Lokale Reaktion	
K. T.	L. papulosa	1 ccm (0,05)	—	—	—
33 J., ♀		3 ccm (0,15)	Einige Stunden nach der Injektion leichter Frost, dann Fiebergefühl, Brennen im Gesicht, allgemeine Mattigkeit, Müdigkeit, bes. schweres Kopfweh; am nächsten Tag Hirnerscheinungen von Kopfschwindel, Ohrsausen, Diplacusis usw.; am 3.—4. Tage erregbar und Bewußtsein etwas getrübt, erst am 5. Tage allgemeine Erscheinungen allmählich verschwunden	Am 2. Tage Papeln gerötet und angeschwollen, neue aufgetreten	—
M. A.	L. anaesthetica	1 ccm (0,05)	—	—	Nach jeder Inj. ein trockenes Gefühl im
23 J., ♂		2 ccm (0,1)	—	—	Rachen; übermäßige Nasensekretion; Acne vulgaris auftretend
	Atrophia cutis leptosa	4 ccm (0,2)	Leichtes Kopfweh	—	
		8 ccm (0,4)	Kopfweh und Schwindel heftig, Frost; Fieber 37,7°	—	
K. K.	L. tuberosa	2 ccm (0,1)	—	—	—
36 J., ♂		4 ccm (0,2)	Leichte Mattigkeit	—	—
		8 ccm (0,4)	5 Std. nach der Injektion Kopfweh, Schwindel, insbes. Brennen im Gesicht, Appetitverlust, Müdigkeit	Tub.-Eff. gerötet und angeschwollen, druckschmerzhaft	—
N. T.	L. tuberosa	2 ccm (0,1)	—	—	—
27 J., ♂		4 ccm (0,2)	—	—	—
		6 ccm (0,3)	Kopfweh; Fieber 37,0°	Einige Tub. etwas gerötet	—
K. S.	L. tuberoulcerosa	4 ccm (0.2)	—	—	—
23 J., ♂		8 ccm (0,4)	Unbehagen	—	—
		10 ccm (0,5)	Kopfkongestion, Hitzegefühl, Mattigkeit der Extremitäten	Neigung zur Rötung der Eff.	—
		20 ccm (1,0)	Außerdem Gliederschmerz, Schlaflosigkeit, Kopfweh; Fieber 38,5°	Im allgemeinen Entzündungen heftig, neue Tub. subkutan fühlbar	—
S. K.	L. anaesthetica	4 ccm (0,2)	—	—	—
21 J., ♂		6 ccm (0,3)	—	—	—
		10 ccm (0,5)	Außer den allgemeinen Erscheinungen Frost; Fieber 37,9°	—	—
T. A.		5 ccm (0,25)	—	—	—
23 J., ♂		10 ccm (0,5)	Mattigkeit, Müdigkeit; Fieber 37,6°	—	—

Digitized by Google

Nr.	Name, Alter und Geschlecht	Diagnose	Injektionsdosis	Reaktion		Jodismus
				Allgemeine Reaktion	Lokale Reaktion	
13	K. Y. 52 J., ♀	L. infiltrativa	2 ccm (0,1)	—	—	–
			4 ccm (0,2)	—	—	–
			8 ccm (0,4)	—	—	–
			10 ccm (0,5)	Hochgradiges Brennen im Gesicht, Kopfweh, das bis zum nächsten Tag dauert, Mattigkeit und Müdigkeit sehr stark	Infiltration am Gesicht vermehrt, katarrhalische Symptome der Konjunktiva	–
14	T. Y. 30 J., ♂	L. tuberosa, L. infiltrativa	2 ccm (0,1)	—	—	–
			4 ccm (0,2)	—	—	–
			8 ccm (0,4)	—	—	–
			10 ccm (0,5)	Unbehagen	—	–
			12 ccm (0,6)	Kopfkongestion, Hitzegefühl, abends Frost und dann Körpertemperatursteigerung	Einige Tub. gerötet und angeschwollen	–
15	T. K. 22 J., ♀	L. maculosa	10 ccm (0,5)	—	—	–
			15 ccm (0,75)	Brennen und Rötung im Gesicht	—	–
			30 ccm (1,5)	Außer den oben beschriebenen Symptomen Mattigkeit, die bis zum nächsten Tag dauert	—	–
			40 ccm (2,0)	Im allgemeinen diese Symptome etwas schwerer	Eff. gerötet	–
16	H. T. 41 J., ♀	L. papulomaculoanaesthetica	10 ccm (0,5)	—	—	–
			16 ccm (0,8)	Abends Hitzegefühl, auch am nächsten Tag Mattigkeit mittelmäßig, erst am 3. Tage alles verschwunden	Flecke gerötet	–
			20 ccm (1,0)	Am 2. Tage nach der Injektion Neuralgie des N. ulnaris, dieselbe erst nach einem Monat verschwunden	Flecke erhaben, einige neue Papeln sichtbar und neue Flecken an der Ulnarseite der rechten Hand aufgetreten; Atrophie der M. interossei; Pemphigus an linken unteren Extremitäten	–
17	Y. K. 23 J., ♂	L. maculopapulosa	20 ccm (1,0)	Keine nennenswerte Symptome	—	–
			20 ccm (1,0)	Abends Kopfweh, neuralgieartige Schmerzen in der linken unteren Extremität, nach 1 Woche Anästhesie und Atrophie des Gebietes vom N. cruralis	Flecke und Papeln gerötet und angeschwollen, da und hier neu auftretend	–

Digitized by Google

Name, Alter und Geschlecht	Diagnose	Injektionsdosis	Reaktion		Jodismus
			Allgemeine Reaktion	Lokale Reaktion	
T. H. 21 J., ♂	L. marginata	4—8 ccm (0,2—0,4) (1—4 mal)	Keine nennenswerten Symptome	—	—
		20 ccm (1,0) (5 mal)	Leichtes Brennen im Gesicht, Unbehagen, Frost; Fieber 37,3°	—	—
M. S. 25 J., ♂	L. maculosa	2—8 ccm (0,1—0,4) (1—3 mal)	—	—	—
		20 ccm (1,0) (4 mal)	Kopfweh, Schwindel, Mattigkeit, Kopfkongestion, Frost, Fieber	—	—
H. A. 19 J., ♂	L. maculosa	2—8 ccm (0,1—0,4) (1—5 mal)	—	—	—
		20 ccm (1,0) (6 mal)	Abends Kopfweh, Schwindel, Mattigkeit, Unbehagen, Frost; Fieber 37,8°	Plaque etwas gerötet	—
		15 ccm (0,75) (7 mal)	—	—	—
T. K. 25 J., ♂	L. maculosa	2—10 ccm (0,1—0,5) (1—3 mal)	Keine Reaktion	—	—
		20 ccm (1,0) (4 mal)	4 Std. nach der Injektion Kopfweh, insbes. Kopfschwindel, Frost; Fieber 37,3°	—	—
M. H. 36 J., ♂	L. papulo-maculo-anaesthetica	4—20 ccm (0,2—1,0) (1—5 mal)	Keine Reaktion	—	—
		28 ccm (1,4) (6 mal)	Kopfkongestion, Kopfweh, Mattigkeit, die bis zum nächsten Tag dauert	Papeln gerötet und angeschwollen, auch nach dem 2. Tage Reaktion etwas sichtbar	—
A. S. 32 J., ♂	L. marginata	4—20 ccm (0.2—1,0) (1—7 mal)	—	—	—
		32 ccm (1,6) (8 mal)	Leichtes Brennen im Gesicht	—	—

In den folgenden Jahren konnte ich außer den aus Tabelle 4 erkenntlichen 23 Leprafällen 61 Leprafälle in meiner Klinik sammeln, von denen 2 (bei L. tuberosa 1, bei L. maculo-anaesthetica 1) trotz großer Dosen von 40 ccm (2,0 g) nicht reagierten. Auch Matsuoka hat bei 20 Nachprüfungen unserer intravenösen Injektion von 5%iger Jodnatriumlösung, die er zur Diagnose dieser Krankheiten unternommen hat, einen Fall von Lepra maculosa konstatiert, der auf 45 ccm (2,25) nicht reagierte.

Digitized by Google

Nach unseren Untersuchungen ist die allgemeine Reaktion offenbar stärker als die lokale und beginnt einige Stunden nach der Injektion. Das Fieber steigt in der Regel höchstens bis 38° und folgt oftmals leichtem Frost und ist von Mattigkeit, Müdigkeit, Kopfweh, Schwindel, besonders Gesichtsbrennen begleitet. Eine Verwechslung mit der Jodreaktion bei Tuberkulose und den Erscheinungen des Jodismus kommt nicht in Frage.

Für die Diagnose der Lepra ist es selbstverständlich, daß dieselbe außer der genauesten klinischen Untersuchung in letzter Linie auf dem Erregernachweis beruhen muß. Um die Diagnose klinisch oder bakteriologisch festzustellen, haben wir zwar bei Lepra tuberosa kaum Schwierigkeiten, da in diesem Fall die Erscheinung gut erkennbar und der Erreger leicht nachweisbar ist, bei Lepra maculosa und Lepra anaesthetica aber sind folgende Tatsachen zu beobachten: Je weniger die Symptome ausgeprägt und je frühzeitiger oder atypischer die Krankheit ist, desto schwieriger ist allerdings die symptomatische Diagnose und desto schwerer ist der Nachweis von Leprabazillen. Daher müssen wir bei Lepra maculosa und anaesthetica außer der symptomatischen und bakteriologischen Diagnose irgend eine Hilfsmethode für die Diagnose zur Anwendung bringen.

Seit Eitner wurden bis in die neueste Zeit zahlreiche biologische Studien zu diesem Thema von verschiedenen Autoren veröffentlicht. Nach Georg Meier, Neisser, Babes und Busila, Serra, Biehler und Eliasberg, Ward und Dreyer usw. waren die Ergebnisse ihrer biologischen Untersuchungen bei Lepra maculosa und anaesthetica jedoch durchschnittlich nur zu etwa 27% positiv. Auch bei den in Japan vorgenommenen Untersuchungen entspricht der Prozentsatz der positiven Resultate nach der vor kurzem veröffentlichten Mitteilung von Toyama (48%), Sakurai (15%) und Aoki (28%) — durchschnittlich 30% — der obenerwähnten europäischen Statistik. Dagegen brachte unsere intravenöse Injektion von Jodnatriumlösung einen sehr hohen Prozentsatz positiver Resultate. Bei 26 makulo-anästhetischen Fällen erhielten wir 25 positive Resultate, d. h. 96,2%, bei 84 Fällen verschiedener Lepra 82, d. h. 97,6%. Ebenso erwies Matsuoka von 19 Fällen 18 als positiv, d. h. 94,7%.

Wenn auch praktisch eine unspezifische Reaktion nur ausnahmsweise als störendes Moment in Betracht kommt, so scheint doch die Tatsache zu bestehen, daß von Natur die unspezifischen und auch spezifischen Antigene oder Reagentien, welche bisher beim serodiagnostischen Verfahren und bei der Hautreaktion angewandt wurden, eventuell zu seiner unspezifischen oder gruppenweise positiven Reaktion neigen. Dieses Phänomen wird besonders durch den Zusatz von Cholesterin zu den Antigenen oder Reagentien weiter verstärkt, wenn man nicht die Verstärkung durch Cholesterinzusatz zweckentsprechend gemacht hat. Darum tut man gut, bei der biologischen Diagnose der Lepra möglichst solche Antigene oder Reagentien nicht auszuwählen, welche die Beziehung zu einer unspezifischen oder verwandten Reaktion haben. Vor allem ist es unbedingt notwendig, bei Lepra als Antigen oder Reagens einen Stoff auszusuchen, der keine unspezifische oder verwandte Reaktion auslöst.

Jadassohn betonte, daß die biologischen Reaktionen bei der Lepra praktisch fürs erste noch kaum eine große Bedeutung haben. Aus diesem

Digitized by Google

runde möchten wir als ideale Reagentien Jodpräparate, besonders die ntravenöse Injektion von Jodnatrium empfehlen. Die Beobachtung, daß iese Injektion bei fraglichen Leprösen, selbst im initialen Stadium, relativ ühzeitig positiv reagiert, wurde von uns oftmals bestätigt. Wir möchten esonders betonen, daß dieselbe in gewissen Fällen für die Frühdiagnose on großem Wert zu sein scheint.

Die Beurteilung des Wertes dieser Injektion in therapeutischer Beehung ist nicht so einfach. Die positive Reaktion auf diese Injektion eigt jedoch mit ziemlicher Wahrscheinlichkeit an, daß der Krankheitsrozeß noch nicht völlig erloschen ist. Dafür spricht der häufig zu beobachtende Parallelismus in der Kurve der Reaktion und den Krankheitsrscheinungen, der den Einfluß der Therapie auf die Reaktion offenbar acht. Wenn man auch natürlich nicht mit Sicherheit behaupten kann, aß das Ausbleiben der Reaktion bei genügend hohen Dosen für Heilung er Lepra spricht, so wird doch eine zu verschiedenen Zeiten festgestellte egative Reaktion immerhin als günstiges Anzeichen zu betrachten sein. reilich muß man berücksichtigen, daß eine negative Reaktion das spätere uftreten von Rezidiven nicht ausschließt.

Jodpräparate sind früher von vielen Autoren, Danielssen, Babes, ticker usw., zur Behandlung der Lepra mit Rücksicht auf die oben gechilderte Reaktion angewandt worden. Goldschmidt und Beaven Rake npfahlen Europhen, Neisser gab Jodoform und Europhen, Petrini und obnara Airol. Nach Lie sind Airol und Europhen jedoch erfolglos. iesing und Montel, Mendoca, Amarel und Paranhos haben Jodoformöl ngewandt. Montel rühmte außerdem Jodkali, Sandes konstatierte bei erschiedenen Jodpräparaten, auch bei Jodquecksilber und Thyreoidearäparaten ungünstige Resultate. Wayson gibt mehrmals große Dosen nd verbindet das mit Injektion von jodhaltigem Eigenserum. Auch in apan sind verschiedene Jodpräparate versucht worden, Jodoform (Toyama nd Aoki) war erfolglos. Nakano hat Jodipin (mit 5 etwaigen guten rfolgen bei 7 Fällen) und Jodkali (bei 12 Fällen mit 2 günstigen Erlgen) angewandt. Sugai und Ohashi haben Jodkali, Jodipin und Jodnktur versucht (bei kleineren Dosen ziemlich günstig). Sakurane suchte ei 18 Leprösen eine intravenöse Injektion von Jodnatrium einzuführen, rhielt aber nur geringe therapeutische Erfolge. Omichi hat die intravenöse njektionsbehandlung mit Leprol- (Shimoyama) und Jodnatriumlösung achgeprüft, die vom Verfasser vorher veröffentlicht worden war, und berichtete, daß 2 Fälle von Lepra maculosa durch diese Behandlung —10 ccm einer 5%igen Jodnatriumlösung zusammen mit einer 1%igen eprollösung in einer Dose von 0,1—1,0 pro Kilogramm) ziemlich guten rfolg gehabt hat, während 1 Fall von Lepra mixta wegen unerwünschter ebenwirkung ungünstig verlaufen ist.

Wie oben erwähnt, ist der Erfolg der Jodtherapie bei der Lepra erschieden. Der eine glaubte, daß man zur Erzielung günstiger Resulte große Dosen geben müsse, während der andere behauptet, daß die rankheit nur unter Anwendung schwächerer Dosen günstig verlaufen önne. Außerdem betonen sogar einige Autoren, daß das Jod keine eilende, sondern im Gegenteil eine schädliche Wirkung auf die Lepra isübt. Verfasser haben die therapeutische Wirkung des Jods auf die

Digitized by Google

Lepra deutlich festgestellt, müssen aber ganz ausdrücklich betonen, daß sein therapeutischer Wert zweifellos von der Anwendungsmethode und der Stärke der Dosen abhängt.

Als Anwendungsmethode empfehlen wir natürlich vor allem intravenöse Injektion, wobei das Jod als solches sofort und sicher zur Wirkung gelangt.

Was die Dosen des Jods bei der intravenösen Injektion betrifft, muß die Dosierung hierbei ganz individuell gehandhabt werden, da bei Überdosierung statt einer Resorption der Leprome und Zerstörung der Bazillen diese frei werden, bei der zu geringen Dosierung keine Reaktion und auch keine Besserung zu beobachten ist.

Nach Meinung der Verfasser ist es daher von entscheidender Bedeutung, daß für die Lepratherapie mit Jod vor allem diese intravenöse Injektion angewandt wird, und daß die Dosen der individuellen Reaktion entsprechend ausgewählt werden. Als solche Reaktion konnten wir feststellen: leichte allgemeine Erscheinungen von Mattigkeit, Müdigkeit, Kopfschmerz, Schwindel, Frost, Fieber bis höchstens etwa 38°, besonders Gesichtsbrennen usw., und eine kaum sichtbare lokale Entzündung. Um diese Reaktion herbeizuführen, muß man zuerst mit kleinen Anfangsdosen (1 ccm von 5%iger Jodnatriumlösung) unter sorgfältiger Beobachtung in Pausen von mindestens 10—14 Tagen beginnen und die Dose langsam verstärken.

Obgleich wir natürlich auf Grund der bei unseren Fällen erzielten Resultate nicht behaupten wollen, daß die intravenöse Injektion von Jodnatriumlösung für die Diagnose und Therapie der Lepra allein von entscheidender Bedeutung ist, so halten wir sie doch für ein ganz vorzügliches Hilfsmittel für die Diagnose, besonders Frühdiagnose, sowie Therapie und zur Konstatierung der Heilung dieser Krankheit.

Literatur

Alvarez, Leprakonf., II. — Amaral u. Paranhos, Lepra, Bd. 8. — Ando, Zsch. d. med. Fak. Fukuoka, 1921, Bd. 14, Nr. 1. — Antunes, Braz. med., 1926, Bd. 3. Nr. 22. — Aoki, T., Jap. J. of Derm. and Urol., 1908, Bd. 8, Nr. 3, 4. — Aoki, T., Zschr. f. mikr. Ges., 1923, Bd. 30, Nr. 1. — Aoki, T., Jap. J. of Derm. and Urol., 1924, Bd. 24, Nr. 1, 2, 4. — Aoki, T., Jap. J. of Derm. and Urol., 1925, Bd. 25, Nr. 9. — Aoki, T. J. of Med. Assoc. of Formosa, 1927, Nr. 262. — Aoki, T., u. Aoki, Y., Jap. J. of Derm. and Urol., 1929, Bd. 29, Nr. 10. — Babes, Lepra. Nothnagels Handb., 1901. — Babes, Untersuchungen über den Leprabazillus. Berlin 1898. — Babes u. Rusila, Zbl. f. Bakt. Ref., 1910, Bd, 46, 47. — Bergmann, Leprakonf., I. — Biehler u. Eliasberg, D. m. W. 1911. — Bohn u. Berger, Arch. f. exper. Path. u. Pharm., 1876, Bd. 5. — Christmann, Mschr. f. prakt. Derm., Bd. 13. — Danielssen, Handb. d. spez. Ther. von Penzoldt u. Stintzing, Jena. — Diesing u. Montel, Mschr. f. prakt. Derm.. 1907, Bd. 45, Nr. 1. — Ehlers, Leprakonf., Straßburg 1923. — Eitner, W. kl. W., 1906. — Engwer, M. m. W. 1907, Jahrg. 64. — Forpat, Mschr. f. prakt. Derm., Bd. 13. — Goldschmidt u. Brand Rake, La lépre. Paris. — Greenbaum, J. Am. m. Ass., Bd. 78, Nr. 171. — Hoffmann, Zbl. f. Bakt., Ref., 1914. Bd. 63. — Jadassohn, Lepra. Kolle u. Wassermanns Handb. d. path. Mikroorg., 1928, Bd. 5. — Jeanselme, zit. nach Kolle u. Wassermanns Handb. — Klempserer, Ther. d. Gegenw., 1915. — Klingmüller, D. m. W., 1902. — Kloss, Arch. f. kl. Chir., 1911, Bd. 95. — Kobayashi, Acta derm., 1925, Bd. 6, Nr. 1. — Kobayashi, Jap. J. of Derm. and Urol., 1924, Bd. 24, Nr. 5. — Kolmer u. Lucke, Arch. f. Derm., 1922, Nr. 2. — Matsuoka, Jap. J. of Derm. and Urol., 1927, Bd. 27, Nr. 2. — Montel, Bull. soc. de path. exot., 1911, Bd. 4. — Muir, Diagnosy. Treatment and Prevention. Cattack 1925. — Nakano, Jap. J. of. Derm. and Urol., 1910, Bd. 10, Nr. 10. —

Digitized by Google

ıRATH, Ber. d. ges. Physiol., 1922, Bd. 11. — NEISSER, Über moderne Syphilistherapie. rl Marhold, Verlagsbuchhandlung, 1911. — OMICHI, Jap. J. of Derm. and Urol., 1927, . 27, Nr. 6. — PALDROCK, Derm. W., 1913, Bd. 56, Nr. 14. — ROSENTHAL u. KRUGLAK, m. W., 1925, Nr. 21. — SAKURANE, Jap. J. of Derm. and Urol., 1916, Bd. 16, Nr. 6. — ERA, Pathologica, 1922, Bd. 14, Nr. 338. — SCHLESTINGER, M. Kl., 1924, Jahrg. 20. — HRÖPL, Derm. W., 1926, Bd. 82, Nr. 23. — SIEBERT, Lepra, Bd. 5. — STICKER, Menses ndb. d. Tropenkrkh., 1924, Bd. 2. — SUGAI u. OHASHI, Jap. J. of Derm. and Urol., 1911, . 11, Nr. 2. — TAKENAKA, Acta derm., 1923, Bd. 4, Nr. 4. — THOMPSON, zit. nach Kolle Wassermanns Handb. — TOYAMA, Jap. J. of Derm. and Urol., 1908, Bd. 8, Nr. 3, 4. — CHERNOGUBOW, Arch. f. Derm., 1895. — URBANOWISCH, D. m. W., 1899. — UNNA, P., rm. Studien, 1910. — WATSON, Arch. of Derm. and Syph., 1921, Bd. 4. Nr. 6. — ERNICK, J. Am. m. Ass., 1908, Nr. 8. — YAMAMOTO, Jap. J. of Derm. and Urol., 1908, . 8, Nr. 3, 4.

---

ur Geschichte der Entfernung unerwünschter Haare

Von

Dr. MARTIN FRIEDMANN in Mannheim

Nach 10jähriger, an 252 Fällen gemachter Erfahrung veröffentlichte Frau SCHWENTER-ACHSLER 1912 eine „neue" Methode zur Beseitigung des Frauenbartes. Die behaarten ellen werden nach ihrer Angabe für längere Zeit — 6 Monate und mehr — 2mal täg-h mit Bimsstein gegen die Haarwachstumsrichtung „poliert"; längere Haare sollen zuvor schnitten werden. Als Erfolg berichtet sie: langsames Dünnerwerden der Haare, schließ-h Verödung der Haarpapillen und damit Haarschwund. In der Folgezeit wurde diese t der Haarentfernung von KARL UNNA und MERIAN weiter ausgebaut, mit der „Sauer-ffmethode", d. h. der vorangehenden oder gleichzeitigen Anwendung von Pernatrol-fenschaum, kombiniert und aufs lebhafteste empfohlen. Die kosmetische Industrie des - und Auslandes hat sich dieses Verfahrens angenommen und entsprechende Poliersteine ıthetisch aus Bimssteinpulver hergestellt und zum Teil in Besteckform in den Handel bracht (Kapillexbesteck von Hausmann, Gamburgbimsstein, Wonderstone, Grace Beauty one u. a. m.).

Auf die Tatsache, daß die Bimssteinabreibungen zur Depilation nicht der Erkenntnis uester Zeit entsprang, haben MERIAN und nach ihm RICHTER hingewiesen. Die Ver-ndung des Bimssteines in der Kosmetik und zu Reinigungszwecken ist schon uralt. PLINIUS SECUNDUS MAJOR[1]) (23—79 p. chr., Historia naturalis, Buch 36, Kap. 42) und r persische Arzt ABU MANSUR MUWAFFAK BIN ALI HARAWI um 970 p. Chr. erwähnen (RICHTER), und auch im Talmud wird sie beschrieben (MERIAN).

Als Enthaarungsmittel im speziellen wird sie im Talmud als ungefährlich angepriesen d der Perser schreibt nach RICHTER: „Der Bimsstein ist ein schwarzer Stein, der wie Rasiermesser die Haare entfernt, wenn man ihn auf die behaarte Stelle einreibt."

Bei uns war der Bimsstein als Enthaarungsmittel schon vor Frau SCHWENTER-ACHSLER bekannt, aber ihr kommt das Verdienst zu, ihn wieder in die wissenschaft-he Literatur eingeführt zu haben.

In der mir zugänglichen medizingeschichtlichen Literatur konnte ich keinen Hin-eis dafür finden, daß die Depilationswirkung des Bimssteines schon im alten Rom all-mein bekannt war. Ich halte es daher für berechtigt, das anzuführen, was ich hier-er beim Studium einiger römischer Klassiker gefunden habe und was nicht allgemein kannt sein dürfte.

P. OVIDIUS NASO, der an verschiedenen Stellen seiner Werke, besonders in dem agmente „De medicamine faciei", kosmetische Ratschläge erteilt, schreibt in seiner ıs amatoria" I, 505/6:

Sed tibi nec ferro placeat torquere capillos,
Nec tua mordaci pumice crura teras.
(Aber du sollst dir weder mit dem Eisen die Haare kräuseln,
Noch mit dem scharfen Bimsstein die Schenkel glätten.)

---

[1]) Zur Vertreibung der Haare galt nach P. Fledermausblut und Fledermausgehirn s ein gutes Mittel.

Digitized by Google

Aus diesen Versen ist nicht ohne weiteres zu entnehmen, was Ovid unter den Rauhen versteht, das glatt gerieben werden soll. Daß bei ihm, wie bei vielen anderen römischen Dichtern, der Ausdruck rauh in dichterischer Umschreibung oft behaart bedeutet, geht aus den Versen III, 193/4 hervor, die da lauten:

Quam paene admonui, ne trux caper iret in alas,
Neve forent duris aspera crura pilis.
(Beinahe fast hätte ich gemahnt, daß der wilde Bock[1]) nicht in die Achsel gehe.
Oder die Schenkel rauh wären von harten Haaren.)

Von der weiten Verbreitung des Bimssteingebrauches zu Enthaarungszwecken zeugen weiterhin, wie ich aus der Forbergschen Übersetzung des Hermaphroditus entnehme, Stellen aus den Werken anderer Schriftsteller. So heißt es bei Martial:

Rufus, siehst du dort den, der die ersten Bänke besetzt hält?
Welchem der ganze Marcel aus dem Haare, dem gesalbten, duftet,
Und dem, vom Bimsstein glatt, glänzt sein gerupfter Arm (II, 29).

Weiterhin dichtet Persius:

Nicht aber kann ichs begreifen, weshalb du dein Hammerwerk[2])
Reibest mit Bimsstein, warum deinen Popo du rasierst (Epigramm 131).

Wenn heutzutage der Arzt, besonders zur warmen Jahreszeit mit der sich immer mehr verbreitenden strumpflosen Mode, um Rat gefragt wird, wie wohl die Unterschenkelhaare bei Frauen am besten zu entfernen seien, so wird er sich mit Vorteil dieser alten Methode bedienen können, die sich bei einem Volke bewährt hat, das für sich die praktische Kosmetik zu einer großen Höhe gebracht hat.

Literatur

Merian, Über Haarentfernungsmittel. Schweiz. m. W., Nr. 50, S. 370. — Ovid, De arte amatoria. — Panormita, Hermaphroditus. Privatdruck. Weigel, Leipzig 1906. — Plinius, De historia naturale. — Richter, Handb. d. Haut- u. Geschlechtskrkh. XIV/2 13, 61. Springer. — Schwenter-Trachsler, Eine neue Methode zur Beseitigung des Frauenbartes. Arch. f. Derm., Nr. 111, S. 69. — Unna, Karl, Die Entfernung des Frauenbartes. M. m. W., Nr. 44, S. 2164.

Aus dem dermatologischen Stadtkrankenhaus II, Hannover
(Direktor: Prof. Dr. Gustav Stümpke)

Kurze Notiz zur Behandlung der Urethritis non gonorrhoica

Von

G. Stümpke

Die Behandlung derjenigen Harnröhrenkatarrhe, die nicht durch Gonorrhoe direkt bedingt sind, ist, wie wohl jeder Facharzt weiß, wesentlich schwieriger, als früher angenommen wurde. Schon die Ätiologie ist vielfach kompliziert und nicht sofort zu übersehen, so daß sich schon daraus gelegentlich auch therapeutische Mängel ergeben können.

Sieht man von jenen Urethritiden ab, die durch chemische (medikamentöse) oder mechanische Ursachen bedingt sind und die meistens, wie es in der Natur der Sache liegt, eine verhältnismäßig günstige Prognose bieten, so kommen ja hauptsächlich zwei große Gruppen in Frage:

---

[1]) Gemeint ist der lästige Schweißgeruch. — [2]) Unter Hammerwerk sind die männlichen Genitalien zu verstehen.

Digitized by Google

Einmal die primären Infektionen durch Mikroorganismen; und zweitens Sekundärinfektionen, die einer abgelaufenen Gonorrhoe aufgepfropft sind.

Die Infektionsmöglichkeiten der Harnröhre, primärer oder sekundärer Art, sind mannigfacher Natur; geben doch beispielsweise Litvak und Unikel (1) bei 39 nicht gonorrhoischen Harnröhrenkatarrhen, die im Anschluß an den Koitus entstanden waren, an:

24mal als Erreger den Staphylokokkus allein,

10mal als Erreger den Staphylokokkus im Verein mit Kolibakterien oder grampositiven Bazillen,

1mal als Erreger Streptokokken mit Pseudodiphtheriebazillen,

1mal Pyozyaneus,

1mal Staphylo- und Streptokokken,

2mal grampositive Kokken und Bazillen.

Auf besondere Feinheiten in der Stellung der Diagnose kann ich mich in diesem einer therapeutischen Frage geltenden kurzen Artikel nicht einlassen (Urethritis herpetica, Urethritis chronica aseptica [Waelsch]).

Übereinstimmung herrscht in der Auffassung von der häufig außerordentlichen Hartnäckigkeit der meisten dieser Prozesse, sowie darin, daß auch Komplikationen der allerverschiedensten Art — Epididymitis, Arthritis, Prostatitis — wie bei der gewöhnlichen Gonorrhoe bei ihnen zur Beobachtung gelangen.

Was die Therapie anlangt, so legen in Anbetracht der Schwierigkeit, mit örtlichen Maßnahmen allein weiter zu kommen, manche Autoren auf allgemeine Verordnungen den größten Wert, wobei der konstitutionelle Charakter mancher dieser Zustände betont wird: So kommen nach Oekonomos (2) je nach Lage des Falles in Betracht Chinin, Eisen, Arsen, Lebertran, alkalische Wässer, Hydrotherapie, Luftveränderung.

Aus ähnlicher Überlegung heraus empfiehlt d'Hooghe (3) Proteinkörper, und zwar in Form einer vorsichtigen, stufenmäßigen Dosierung; desgl. auch Gent (4), letzterer in erster Linie Aolan. Andere Autoren tragen bei Einleitung einer Allgemeinbehandlung mehr der „bakteriellen Note" Rechnung und behandeln mit anscheinend gutem Erfolge mit Autovakzine, so Rodero (5), Straszýnski (6), Brünauer (7).

Wir selbst geben seit einer Reihe von Jahren entsprechend dem entzündlichen Charakter der Affektion, besonders bei Urethritiden, die nur einen ganz geringfügigen Keimgehalt aufweisen, Terpentininjektionen in bekannter Dosierung, in der Menge von 5—6 Einspritzungen, und sind oft ganz zufrieden damit gewesen.

Das Heer der rein örtlichen Methoden ist Legion.

Abgesehen von solchen Fällen, in denen bei der endoskopischen Untersuchung sich ganz bestimmte Befunde ergeben, die dann ein intraurethrales Eingreifen ermöglichen: Elektrokauter, Hochfrequenz [Gautier (8), Thélip (9)], Galvanokauter [Gautier (8)], chirurgische Eingriffe [Janet et Bonneau (10)], sind es ja von jeher adstringierende Methoden, die bei der Urethritis non gonorrh. zur Anwendung kamen, sei es in Form von Bepinselungen des Harnröhrenlumens mit stark verdünntem Argent. nitr. resp. Jodlösungen; sei es in Form von Einspritzungen mit $^1/_2$%iger Resorcin- und $^1/_2$%iger Zink.-sulf.-Lösung; sei es in Form von Spülungen

Digitized by Google

mit Acid. pyrolignosum [Greenberg (11)], Instillation von 15%igem Argyrol [Côté and Smith (12)], Spülungen mit Hydr. oxycyan. in milder Konzentration (1 : 10000), oder mit 1—3%iger Borsäurelösung (Brünauer (7).

Wir haben uns seit Jahr und Tag, wo wir mit anderen örtlichen Maßnahmen nicht zum Ziele kamen, und wo die Anwendung allgemeiner therapeutischer Methoden aus inneren oder äußeren Gründen nicht in Frage kam, folgenden Vorgehens bedient:

Von dem Gedanken ausgehend, daß Kalk in verschiedener Form eine entzündungshemmende Komponente enthält — vgl. seine Anwendung bei manchen diffusen Hautentzündungen (Erythrodermien) —, glaubten wir auch bei manchen Formen der Urethritis von ihm Gebrauch machen zu dürfen. Wir verwandten dabei eine Calc.-chlorat.-Lösung in Wasser, und zwar zu Beginn in 3%iger Konzentration, später steigend auf 5%; ja, bei Verträglichkeit evtl. noch höher (8%): doch wird im allgemeinen eine Konzentration über 5% nicht nötig sein. Wir ließen davon 3—4mal täglich injizieren, genau in der Weise, wie das in der Gonorrhoetherapie sonst üblich ist.

Im allgemeinen brauchten die Einspritzungen nicht über 3 Wochen fortgesetzt zu werden; ließ die Sekretion nicht nach, obwohl die Einspritzung als solche ohne Reizung vertragen wurde, so wurde die Konzentration höher gewählt, als oben auseinandergesetzt. Zur Unterstützung dieser örtlichen Medikation gaben wir in geeigneten Fällen, d. h. da, wo es uns auf eine ganz besondere Wirkung ankam, gleichzeitig Kalk intravenös, und zwar meistens Afenil, bis zu 6 Injektionen, gleichfalls auf etwa 3 Wochen verteilt.

In Betracht kommen alle Formen der Urethritiden, nicht nur die abakteriellen resp. aseptischen. Nicht in Frage kommen jene oben erwähnten Katarrhe, bei denen anatomische Veränderungen mit dem Endoskop oder sonstwie nachweisbar sind.

Nicht immer sahen wir Erfolg unter dieser Medikation, aber immerhin doch in der großen Mehrzahl von etwa 25 Fällen, die im Laufe der letzten $1^1/_2$ Jahre in unserer Klinik auf diese Weise therapeutisch angegangen waren.

In Erwägung der großen Schwierigkeiten, die bei der Behandlung der Urethritis non gonorrhoica obwalten, scheint uns daher eine Therapie, die sich oft bewährte, Anspruch auf Beachtung zu verdienen.

Literatur

1. Litvak, L., u. P. Unikel, Zur Frage der nichtgonorrh. Urethritiden. Trudy Odesskogo gosudarstvennogo dermato-venerol. instituta in E. S. Glavče, Festschr. 1917—27. Bd. 1, dtsch. Zusammenf. 1927 (Russ.). Ref. Zbl., 1929, Bd. 28. — 2. Oekonomos, Sp. De l'urétrite chron. d'emblée. Paris méd., 1921, Jahrg. 11, Nr. 37. Ref. Zbl. f. Haut- u. Geschlechtskrkh., 1922, Bd. 3. — 3. d'Hooghe, G., Essais d'application de la protéothérapie aus maladies genito-urinaires. (Über die Anwendung der Proteinkörpertherapie bei Erkrankungen der Harn- und Geschlechtsorgane.) Arch. méd. belges, 1922. Ref. Zt. 1923, Bd. 8. — 4. Gent, W., Zur Behandlung der Urethritis non gonorrh., Derm. W. 1928, Bd. 86. Ref. Zbl., 1929, Bd. 28. — 5. Rodero, M., Die Autovakzine bei nicht-gonorrh. Urethritiden. Arch. de. med., cirug. y especialid., 1921. Bd. 5. Ref. Zbl., 1922, Bd. 4. — 6. Straszyński, Adam, Über die sog. katarrh. Entzündungen der Harnröhrenschleimhaut bei Männern und ihre Behandlung. (Kl. derm. univ. Warszawskiego.) Przegl. derm., 1927. Ref. Zbl., 1927, Bd, 24. — 7. Brünauer, Stefan, Zur Ätiologie der Urethritis non gonorrh. (Bundesbahn-Ambulat. f. Haut- u. Geschlechtskrkh., Franz-Jos.-Bahnh.

Digitized by Google

Wien.) W. m. W., 1927, Nr. 35. Ref. Zbl., 1928, Bd. 25. — 8. Gautier, E.-L., Symptome, Diagnose und Behandlung der chronischen Urethritis post. J. d'urol., 1921, Bd. 11. Ref. Zbl., 1921, Bd. 2. — 9. Phélip, Louis, Interne Urethrotomie mittels Hochfrequenz unter endoskopischer Kontrolle. (Soc. nat. de méd. et des sciences méd. Lyon, 16. XII. 1921.) Lyon méd., 1922, Bd. 131. Ref. Zbl., 1923, Bd. 7. — 10. Janet, Jules et Bonneau, Studie über 313 Fälle von Urethritis simplex bezüglich ihrer Ätiologie und Behandlung. (XXII. sess. ann. de l'assoc. franç. d'urol., Paris, 4.—7. X. 1922.) J. d'urol., 1922, Bd. 14. Ref. Zbl., 1923, Bd. 7. — 11. Greenberg, E., Über die Anwendung von Acidum pyrolignosum in der Behandlung der chronischen gonokokkenfreien Urethritis. Ann. des malad. vénér, 1921, Jahrg. 16. Ref. Zbl., 1922, Bd. 5. — 12. Côté and George Gilbert Smith, Chronic Urethritis in Women. (Genito-urin. dep., Massachusetts gen. hosp., Boston.) Boston med. a. Surg. Journ., 1923, Bd. 188. Ref. Zbl., 1924, Bd. 10.

Versammlungen

Wiener Dermatologische Gesellschaft

Sitzung vom 20. Juni 1929

Vorsitzender: Balban Schriftführer: Konrad

Spitzer, E.: Wiesendermatitis.

Neben strichförmigen Eruptionen Blasen von Hühnereigröße. Ursache so mächtiger Blasen dürfte neben mechanischen Verletzungen durch Gräser der Saft bestimmter Pflanzen sein.

Fischl: Sklerodermie (Sklerodaktylie) mit infiltrativen Stadium der Acrodermatitis chronica atrophicans

Oppenheim hält den Fall für reine Sklerodermie, z. T. im infiltrativen Vorstadium.

Volk: 1. Kleinfleckige Sklerodermie.

Seit 2 Monaten an Unterbauch und Oberschenkel bis groschengroße weiße Flecke, derb und etwas unter dem Hautniveau.

2. Zirzinäre, papulöse Lichtdermatose.

Mann und Frau. Im Frühjahr entstehen an den Vorderarmen bis pflaumengroße Herde von rötlicher Farbe. Zentrum etwas eingesunken, von hirsekorngroßen roten Papeln umsäumt. Die Erkrankung kommt und geht während des Sommers, verschwindet im Herbst. Subjektiv kaum Beschwerden. Histologisch: Uncharakteristisches, kleinzelliges Infiltrat in der Papillarschichte, besonders um die mächtig erweiterten Gefäße.

Kren: 1. Lupus erythematodes disseminatus. Erysipelas perstans faciei, Ödem der oberen Extremitäten.

47jähr. Frau, Tbc. fibrosa. Seit April Gesicht ödematös. Über den Fingern und dem Handrücken rosafarbene hirsekorngroße Knötchen, die eine festsitzende Hornkuppe tragen. Rechter Handrücken und ebenso die ganze rechte obere Extremität ödematös geschwollen, geringer der linke Arm. Am vorderen Halsansatz hellrote Flecke, durch Ektasien bedingt, und blasse Aussparungen. Das Bild ist einer Röntgenatrophie nicht unähnlich.

2. Röntgenfolge.

63jähr. Pat., die 1920 wegen Halsdrüsen, rechts, vorn und links, in 4wöchentlichen Intervallen bestrahlt wurde. Über der rechten Klavikula eine flach sich erhebende, derb infiltrierte, ziemlich scharfrandige, typische Röntgenatrophie. Kleinere atrophische Stellen links und vorn am Hals. Atrophie der Larynxschleimhaut, Schluckbeschwerden und Atemnot. Histologisch: Zellarmes, sklerosiertes Bindegewebe, Gefäßerweiterungen, Atrophie des Rete, Verstrichensein der Papillen, wenig Pigment.

Stein: Naevus comedonicus atrophicans unilateralis.

20jähr. Pat., zwei Naevi, ein handtellergroßer in der Kreuzbeingegend links von der Wirbelsäule und ein zweiter schillinggroßer an der linken Gesäßbacke. Im Bereiche dieser Hornpfröpfe von tiefschwarzer Farbe, in tiefen Gruben sitzend, die nach Ausfallen der Pfröpfe als narbige Einziehungen sich darbieten und voneinander durch elevierte Bindegewebsstränge geschieden werden.

Digitized by Google

Kerl: 1. Bläschenförmige Dermatitis, bei der die Blutkultur auf Maltoseagar in zwei Röhrchen eine Rundhefe ergab.

Zur Zeit der Aufnahme finden sich um die Zehen sowie am Fußrücken bis erbsengroße Bläschen, ebensolche Effloreszenzen am Unter- und Oberschenkel. An den oberen Extremitäten nur Dorsum und Vola der Hand befallen. Abgesehen von der reichlichen Ausbreitung entspricht das Krankheitsbild am ehesten jenen so häufig an Fußsohlen und Händen zur Beobachtung kommenden bullösen Dermatitiden, bei denen sich fast stets ein positiver Pilzbefund erheben läßt. Lokal weder mikroskopisch noch kulturell Pilze nachweisbar. Die Hauterscheinungen veränderten sich im Verlaufe weniger Tage zu einem Bilde, dem Erythema exsudativum weitgehend ähnlich. Auffallend ist, daß die Blutkultur zweimal unter vier Röhrchen eine Rundhefe ergab. Der ätiologische Zusammenhang kann nicht strikte behauptet werden, doch verweist K. auf einen 1928 beobachteten Fall. Es hat sich damals um eine bullöse Dermatitis an den Fußsohlen gehandelt. Dieser Ausschlag bestand angeblich seit 6 Monaten, weiter kam es zum Auftreten von kleinen Knötchen und Flecken, die zum großen Teil im Sinne der Spaltrichtung gestellt waren, im Bereiche von Brust, Bauch und auch vereinzelt an den Oberschenkeln. Das Krankheitsbild zeigte Ähnlichkeit mit einer Pityriasis rosea. Nach vorübergehend weiterer Ausbreitung kam es nach etwa einer Woche zum Rückgang des Exanthems. In aufgelegter Agargaze war damals Aspergill. niger in Reinkultur nachzuweisen.

K.s Beobachtungen sollen dazu anregen, bei bestehenden mykotischen Dermatitiden der Fußsohle und Hände auf eventuell generalisiert auftretende Exantheme aufmerksam zu machen.

2. Derbes Fibrom der rechten Schulter.

30 Jahre bestehend, rascheres Wachstum seit 1 Jahr. 52jähr. Frau.

3. Lupus erythematosus mit stürmischer Eruption.

29jähr. Frau. Einsetzen mit erysipelartigen Veränderungen im Anschluß an ein Sonnenbad, hohes Fieber. Während gleichzeitig eine Nierenschädigung auftrat, entwickelten sich in den ursprünglich geröteten Hautpartien typische Lupus-erythematosus-Herde. WR negativ. Bemerkenswert ein überbohnengroßes Geschwür am Gaumen. An den Extremitäten, besonders an den Fingern, kleine hämorrhagische Lupus-erythematosus-Herde. Trotz negativer WR und protahiertem Verlauf nähert sich das Krankheitsbild, insbesondere wegen des septischen Fiebers und der Nephritis, dem des Lupus erythematosus acutus.

Urbach: Über den Nachweis von Schizosaccharomyces hominis (Benedek) in Pityriasis-rosea-Effloreszenzen (Blasenmethode).

Bei 14 Kranken konnte siebenmal Schizosaccharomyzes dann gezüchtet werden, wenn der Inhalt einer über der Plaque primaire oder jungen Effloreszenz gesetzten Kantharidenblase auf Maltoseagar gebracht wurde. Die Tatsache, daß sich im Inhalt von Kantharidenblasen, die über Ekzem, Psoriasis oder Normalhaut gezogen wurden, niemals Spalthefepilze fanden, bei Pityriasis-rosea-Fällen aber in 50%, spricht zugunsten eines pathogenetischen Zusammenhanges. Da sämtliche Kulturen, die von den Roseaherden direkt angefertigt wurden, negativ blieben, erscheint es wahrscheinlich, daß mit der Blasenmethode entweder Pilze, die im tieferen Korium sitzen oder die im Blut kreisen, nachgewiesen werden. Unter 250 Kulturen mykotischer, sonst kranker oder gesunder Haut konnten wir nur bei einer Mykose in den Achselhöhlen Spalthefepilze feststellen. Mit Absicht haben wir auf Maltoseagar bei Zimmertemperatur geimpft und nicht auf dem Benedekschen Glukoseagar.

Wiedmann: 1. Alopecia diffusa ovariell bedingt.

47jähr. Pat., mit 31 Jahren wegen Myom totalexstirpiert. Seitdem Ausfallserscheinungen, seit 6 Jahren Haarausfall, Scham-, Axillargegend und Kopfhaut fast haarlos. Grundumsatz — 30%, Substitutionstherapie mit Menformon 80 M. E. täglich hat in 3 Wochen subjektive Besserung der Ausfallserscheinungen zur Folge.

2. Alopecia areata totalis.

54jähr. Pat., mit 12 Jahren Alopecia areata, 1911 der jetzige Zustand; auch der Vater hatte seit dem 45 Lebensjahr eine Alopecia areata, desgleichen eine Schwester des Vaters komplette Alopezia. Stoffwechseluntersuchung ergab normalen Grundumsatz (+ 8) und spezifisch dynamisch (+ 24).

Perutz: Dermatitis herpetiformis Duhring.

18jähr. Pat., seit 1½ Jahren krank. Innerlich Kochsalz (15—20 g pro die) brachte wesentliche Besserung.

Digitized by Google

Fuhs: 1. Dermatitis atrophicans maculosa.

28jähr. Pat. Beginn der Affektion vor 2 Jahren. Am Schultergürtel, an seitlichen Thoraxpartien sowie Oberarmen linsengroße, blasse bis bläulichrote Herde, oberflächlich gefältet und atrophisch. Dazwischen deutliche Vorstülpung atrophischer Hautpartien, z. T. ganz lockere Säckchen, z. T. eine herniöse Vorwölbung des Fettgewebes.

2. Atrophia cutis idiopathica unilateralis.

39jähr. Frau. Beginn vor 10 Jahren. An der rechten Hand und am Vorderarm Haut blaurot, leicht verdünnt und gerunzelt. Abderhalden: Abbau von Thymus.

3. Eczema scrofulosorum.

11jähr. Mädchen. Verkalkte Hilusdrüsen, wahrscheinlich Ghonscher Herd im Unterlappen. An seitlichen Stammpartien und Inguinalgegend rosarote bis bläulichbräunlichrote, zentral nässende Plaques. Papelchen zwischen den Plaques von follikulärer Anordnung. Unregelmäßig disseminierte Knötchen im Gesicht. Pirquet positiv. Auf Moro mit ATK. konz. im Bereiche von krankhaft affizierten Stellen Exazerbation.

4. Arsenkeratose mit Karzinombildung.

65jähr. Frau, seit 20 Jahren wegen Psoriasis Arsentropfen. Beginn der Affektion vor 18 Jahren. An Finger und Handtellern linsengroße, warzige Knötchen auf geröteter Haut. Ein ulzeröser Knoten über dem rechten Thenar. An der Ferse und über dem Mittelfußknochen mehr schwielige Verdickungen. Biopsie aus dem ulzerösen Knoten: Verhornendes Plattenepithelkarzinom.

Kerl: Urticaria pigmentosa.

Reichlichste, auf Irritation sich elevierende Makulae an Stamm und Extremitäten. Auch im Mund braune Flecken. Blut: 3% Eosinophile bei geringgradiger Lymphozytose (31%). Beginn bei dem 72jähr. Mann vor 8 Jahren.

Kren: Boecksches Lupoid.

26jähr. Pat. mit fibröser Spitzen-Tbc. Seit 1 Jahr über dem unteren Drittel der Tibiae in ½ Volagröße. Blut: 15% Monozyten.

Oppenheim: 1. Eigentümliche disseminierte Degeneration der Haut bei einem Diabetiker.

48jähr. Pat., seit 4 Jahren linsen- bis talergroße Flecke und Papeln, erst intensiv rot, derb, später im Zentrum schwefelgelb und eingesunken. Zu dieser Zeit hat das Zentrum eine sklerodermieähnliche Konsistenz. Die gelbe Farbe nicht gleichmäßig, sondern schachbrettähnlich. Die größten Flecke noch mehr eingesunken, schießscheibenähnlich. Histologisch: Entzündungserscheinungen entsprechend der roten Randpartie, und entsprechend den schawefelgelben Partien homogene, fast kernlose, nekrobiotische Balken und Schollen, die weder Hyalin, Amyloid oder Kolloid sind.

2. Verätzungsgeschwüre durch Kunstdünger (Kalksalpeter) mit eigentümlichem histologischem Befund.

Histologisch mit Hämalaun-Eosin gefärbt, unter dem Epithel das Bindegewebe starr und blau gefärbt. Kalkfärbung nach Kossa mit Silbernitrat zeigt schüsselförmige, schwarzgefärbte, aus starrem, verkalktem Bindegewebe bestehende Masse, die an der Peripherie nur geringgradige Reaktion von Rundzellen, Epitheloiden und Riesenzellen auslöst. Es macht den Eindruck, als wäre das Bindegewebe durch den Kalk imbibiert. Ebenso die Gefäßlumina durch Kalk gezeichnet.

Fessler: 1. Gummata cutanea.

54jähr. Pat. mit ausgedehntem oberflächlichem Gumma der Haut des Rückens und der Brust mit teilweise hochgradiger Atrophie der Haut und Fixation an die Rippen.

2. Beschäftigungsakne.

Arbeiter in einer Garage, Akneknötchen an Gesicht, Brust und Mons veneris, durch Benzin und Schmieröl.

Rusch: Lymphogranulomatosis.

43jähr. Pat. Seit 2 Jahren multiple Drüsenschwellung mit remittierendem Fieber. An den Extremitäten urtikarieller Ausschlag, der zerkratzt mit Pigmentierungen abheilt. 12000 Leukozyten, 80% polymorphkernige, 1% eosinophile.

Urbach: 1. Physikalische Spätürtikaria.

41jähr., sehr dicker Mann; vor 14 Jahren Dysenterie, seit Jahren Rheumatismus. Vor 5 Wochen nach Einnahme von Causyth Urtikaria, besonders an Druck-

Digitized by Google

stellen. 4 Stunden nach Einwirkung des Druckes durch 24 Stunden in dieser Größe bestehen bleibend und feinste Blutungen zurücklassend. Urticaria factitia nach 24 Stunden als stark elevierter hochroter Strich sichtbar und noch nach 6 Tagen als pigmentierter Streifen nachweisbar.

2. Orale Desensibilisierung allergischer Dermatosen.

1. 22jähr. Soldat steht mit einer schweren Urtikaria 13 Monate in fachärztlicher Behandlung. Jede Therapie erfolglos, dagegen völliges Aufhören der Nesselsucht, wenn Nahrung 24 Stunden lang eiweißfrei. Die nähere Untersuchung ergibt eine Idiosynkrasie gegen orale Gaben von Milch und Ei, dagegen Verträglichkeit bei intrakutaner oder intramuskulärer Zufuhr dieser Proteine. Die Tatsache, daß die allergischen Symptome erst 7—8 Stunden nach oraler Zufuhr auftreten, spricht dafür, daß erst ein im Dickdarm sich bildendes Abbauprodukt und nicht die Milch oder das Ei an sich idiosynkrasisch wirken. Eine Bestätigung hierfür scheint mir, daß unmittelbar an ein Darmbad genossene Milch reaktionslos vertragen wird. Desgleichen erlauben spezifische Peptone einen Milchgenuß ohne Auslösung einer Urtikaria. Die vollkommen eiweißfreie Kost in Verbindung mit oftmals durch Darmbäder oder spezifische Peptone verträglich gemachte Milchgaben dürfte daher verantwortlich sein, daß nach knapp drei Wochen der Kranke völlig milch- und eitolerant wird und bleibt.

2. 1½jähr. Kind mit schwerem, fast seit der Geburt bestehendem Strofulus infantum. Wenige Tage völlig eiweißfreier Kost bringen ohne äußere Therapie die Dermatose zur Abheilung. Orale Eiweißgaben lassen das Rindfleisch als Allergen erscheinen. Zwei Tabletten Rindfleischpepton (Chemosan-Werke Wien) machen diese Fleischart für das Kind verträglich. Nach einigen solchen Vorgaben wird das Kind bei sonstiger strenger eiweißfreier Kost rasch desensibilisiert. In diesem Falle scheint neben der durch längere Zeit gesetzten eiweißfreien Kost die Desensibilisierung durch die Peptonvorlage bedingt worden zu sein.

Konrad: 1. Antipyrinexanthem.

50jähr. Pat., der seit 1915 wegen traumatischer Epilepsie infolge Kopfschusses Antipyrin und Luminal nimmt, zeigt seit 4 Jahren handtellergroße, unregelmäßig konfigurierte, braun pigmentierte Herde, an der Peripherie ein hellroter Saum. Auflagen von Antipyrin und Luminal ergaben negatives Resultat.

2. Buckys Grenzstrahlen bei Pityriasis lichenoides chronica.

31jähr. Pat., vor 4 Wochen disseminiert an Stamm und Extremitäten hellrote Flecken, einer Roseola syphilitica ähnlich, eine Woche später papulöse Effloreszenzen mit deckelförmigen gelbbraunen Schildchen bedeckt. Nach einer Buckybestrahlung von 3 abgedeckten Feldern mit Dosis von 300 R einer Strahlenqualität HWS = 0,14 mm in Zellon rasche Involution.

3. Keratodermia maculosa disseminata symmetrica palmaris.

25jähr. Installateur mit bis ½ cm großen graugelben Hornpapeln an beiden Handtellern. Veränderung seit Geburt.

Kerl: Herpetiformer Favus unterhalb des rechten Auges.

Pilzkultur: Achorion gypseum.

Fasal: Lupuskarzinom.

65jähr. Pat., vor 35 Jahren Lupus des Gesichts, derzeit fast abgeheilt. An der Oberlippe kleinhandtellergroßes Karzinom. Röntgenuntersuchung ergibt Defekt der Nasenmuscheln und Nasenbeine. Pat. wurde mit Radium bestrahlt. Tumor seit einem halben Jahre. Auch der Mann der Pat. weist ausgedehnten Lupus des Gesichts auf. Tochter zeigt Lupus der Nase.

Riehl, G. jun.: Beginnendes Karzinom bei Lupus erythematodes.

57jähr. Pat., innerhalb der teilweise vernarbten Herde der Oberlippe ein 1:2 cm messender, leicht vorgewölbter papillomatöser Tumor. Histologie: an Stelle des Tumors das Rote in die Tiefe gewuchert, stellenweise zentrale Hornperlbildung, Kutis entzündlich infiltriert. Int.: Pleura-Adhäsionen und alter Spitzenprozeß links.

Matras: 1. Argyrie.

27jähr. Frau. Beginn vor 4 Jahren. Derzeit schmutzig-graubraunes Kolorit an Gesicht, Hals, Schulter und Oberarm, geringer am übrigen Stamm und Extremitäten. Ähnliche graublaue Verfärbung an Skleren und Gingiva des Oberkiefers, Wangenschleimhaut und Unterlippe. Entstehung im Anschluß an 4 Kuren mit Silbersalvarsan (Beobachtung von Umber und Habermann). Bronzediabetes. Morbus Addison.

Digitized by Google

2. Naevus linearis unilateralis systematicus.

3. Pemphigus vulgaris benignus (Dermatitis herpetiformis Duhring).

44jähr. Pat. Beginn vor 14 Jahren. Subfebrile Temperatur. Typisches Hautbild an Extremitäten, Axillen, Nacken, Schultern und Genitale. Auf 50% Jodkalivaseline Exazerbation, auf gesunden urtikarielle Flecken und Knötchen, o. B., Plasmochinkur.

4. Papulonekrotische Tuberkulide.

26jähr. Frau. Seit 12 Jahren an Waden, beiden Knien und über den Knöcheln gruppierte, z. T. verkrustete Knoten. Narbenflecke. Pirquet +. Histologie: Tiefgreifende Nekrose, umrandet von Lymphozytenwall, Epitheloide und Riesenzellen.

5. Pilzkulturen von Eczema mycoticum pedis et manus.

Bei einer Reihe von Fällen von typischem Eczema mycoticum konnte vor allem an den Blasendecken der Fußherde der Kaufmann-Wolff-Pilz (Epidermophyton interdigitale Priestley) gezüchtet werden, sowohl die weiße flaumige, als eine gipsiggelbliche und eine zerebriforme weißlichhellgelbe Varietät. Bei Dysidrosis lamellosa sicca der Handteller wurden nur vereinzelt Pilze nachgewiesen. Die Kultur ergab nur die flaumige Varietät. Schließlich wird noch auf den Unterschied der genannten Pilzstämme zu dem Epidermophyton verwiesen.

Referatenteil

Fachzeitschriften

Il Dermosifilografo

1929, Bd. 4, H. 2

Fontana, A.-Turin: Blastomicosi della lingua (Blastomykosis der Zunge).

Es handelte sich um einen zehnpfennigstückgroßen ulzerativen Prozeß im zentralen Teile der Rückenfläche der Zunge, verbunden mit Speichelfluß und diffuser Stomatitis. Eitrige Entzündung der Halslymphdrüsen. Da sowohl Syphilis als auch Tuberkulose auszuschließen war, wurde die Diagnose „Blastomykosis" gestellt, obgleich die Kulturen negativ ausfielen. Eine längere Jodkur führte zu vollständiger Heilung.

Robba, G.-Triest: Contributo alla cura della lebbra (Beitrag zur Behandlung der Lepra).

Verf. berichtete über gute Resultate, die er durch Antileproleinspritzungen und durch die Anwendung von CO^2-Schnee auf die Leprome bei einem seit etwa 3 Jahren an Lepra leidenden Kranken erzielt. Sowohl das Allgemeinbefinden als die spezifischen Läsionen wurden günstig beeinflußt; bemerkenswert ist, daß die Leprome, welche nicht der lokalen Behandlung ausgesetzt wurden, zwar eine Besserung, aber keine vollständige Absorption aufwiesen.

Gravagna-Catania: Un' osservazione profilattica in materia di sifilide latente (Prophylaktische Beobachtung auf dem Gebiet der latenten Syphilis).

Bei 403 Prostituierten mit positiver WR wiesen 25% keinerlei sichtbare Erscheinungen auf. Verf. hält sie jedoch für Ansteckungsquellen und schlägt vor, daß auch bei diesen 25% therapeutisches Einschreiten obligatorisch werde.

1929, Bd. 4, H. 3

Mazzanti, C.-Florenz: Osservazioni cliniche e sperimentali su di un singolare caso di rino-faringo-scleroma (Klinische und experimentelle Beobachtungen über einen merkwürdigen Fall von Rhino-pharyngo-Sklerom).

Ein Fall von Rhinosklerom bei einem Individuum von 41 Jahren, welches 1905 von der Krankheit befallen wurde. Die Nasen- und Mundhöhle, der Tränensack und die Kiefer- und Stirnhöhlen sind betroffen; Kulturen führen zu positivem Resultat für den Frischschen Bazillus. Die histologische Untersuchung ergab die Anwesenheit von Mikulicz-Zellen; Inokulationsversuche an Tieren blieben negativ. Das Patientenserum ergab Komplementablenkung mit dem aus Frischschen Bazillen hergestellten Antigen; negative Resultate erhielt man dagegen mit alkoholischem Antigen, welches aus Rhinosklerom gewebe hergestellt war.

Digitized by Google

Caluzzi, N.-Pola: Il tallio quale epilatorio nelle tigne del cuoio capelluto (Anwendung von Thallium als Epilationsmittel bei Trichophytien der behaarten Kopfhaut).

Die statistische Beobachtung des Verf.s ergibt, daß die 49 mit Thalliumazetat behandelten Kinder das Mittel fast ausnahmslos gut vertrugen.

1929, Bd. 4, H. 4

Meineri, P. A.-Florenz: Sull' equilibrio acido-base della cute umana con particolare riguardo alle differenze regionali (Über das Säure-Basengleichgewicht in der menschlichen Haut unter besonderer Berücksichtigung der verschiedenen Hautregionen).

Die Messung der Alkalireserve mittels der van Slykeschen Methode am Serum von Bläschen, die durch Kantharidenpflaster erzeugt wurden, ergibt niedrigere Werte als die am Blutserum angestellte Messung. Das pH sowohl von Meerschweinchen als von Menschen stammenden Hautextrakten schwankt zwischen 7,2 und 6,8 und ist deshalb geringer als das pH des Blutplasmas. Sowohl die Alkalireserve als auch das pH, welches sich bei der an der Haut der Beine ausgeführten Versuchen ergab, wiesen niedrigere Werte auf als diejenigen an der Haut des Rückens. Verf. schließt daraus, daß die normale Haut mehr Säure enthält als das Blut, und daß die Haut in den verschiedenen Regionen ein verschiedenes Säure-Basengleichgewicht besitzt.

Masia, A.-Turin: Contributo allo studio della dermatite pigmentaria progressiva di Schamberg (Beitrag zum Studium der Schamberschen progressiven pigmentären Dermatitis).

47jähr. Pat. Seit 15 Jahren krank; die Krankheit ist auf den rechten Oberschenkel beschränkt und äußert sich in einem kleinen Fleck atrophischer Haut gelblich-brauner Färbung und unregelmäßiger Form. Die histologische Untersuchung ergab keine Veränderung der Epidermis. Im Derma beobachtet man ein dichtes Infiltrat, welches auf den mit Eisenzyanid gefärbten Schnitten zahlreiche spindelförmige Gebilde aufweist, welche dunkelgrüne Körnchen enthalten; diese Gebilde sind besonders zahlreich in der Nähe der Blutgefäße.

De Benedetti, L.-Turin: Sulla cura delle infezioni, specialmente gonococciche, dell' apparato genito-urinario e delle loro complicazioni con i sali di acridina (Über die Akridinsalzbehandlung der Infektionen des Urogenitalsystems, insbesondere derjenigen gonorrhoischen Ursprungs und deren Komplikationen).

Verf. berichtet über mittelmäßige Resultate mit Trypaflavin und Gonacrin.

1929, Bd. 4, H. 5

Meineri, P. A.-Florenz: La funzione della prostata negli scritti di Rufo d'Efeso (Die Funktion der Prostata in den Schriften von Rufus von Ephesus).

Rufus von Ephesus, ein griechischer Arzt aus dem I.—II. Jahrhundert, beschreibt in einer seiner Schriften, von denen der größte Teil verloren gegangen ist, Bau und Funktion der Prostata. Er behauptet, obgleich ihm Beweise fehlen, daß das Sperma aus zwei Teilen besteht: der eine, befruchtende Bestandteil sei zähe und entspringe den Hoden, während der andere dünflüssiger sei und keine befruchtende Funktion besitze; zur Produktion desselben trage die Prostata bei. Galenus, der oft und gern die Rufusschen Schriften zitiert, scheint diese Theorie von der Funktion der Prostata nicht zu kennen, die er selbst ganz falsch erklärt.

Cappeli, J.-Florenz: La Radium-Roentgenterapia dei tumori maligni (Die Radium-Röntgentherapie der bösartigen Tumoren).

Statistische Aufstellung und kritische Beobachtungen über 688 Fälle von in den Jahren 1927—1928 im „Photo-Radiotherapeutischen Institut" der Universität Florenz behandelten bösartigen Tumoren.

Artom, M.-Novara: Contributo allo studio della endomicosi cutanea (Beitrag zum Studium der Endomykosis der Haut).

Ein Fall von Endomykosis der Haut, des Mundes und der Lunge bei einem 2jähr. Kinde. Die mikroskopische und kulturelle Beobachtung ergab die Anwesenheit von „Endomyces albicans" in allen von der Krankheit befallenen Gebieten. Eine lokale und allgemeine Jodkur hatte erhebliche Besserung zur Folge.

Gravagna, M.-Catania: La diffusione delle malattie sessuali e le case di pensione (Die Verbreitung der Geschlechtskrankheiten und die geheime Prostitution).

Der Verf. dringt auf Maßnahmen zur Vorbeugung gegen Geschlechtskrankheiten mit besonderer Hinsicht auf die geheime Prostitution, welcher zum größten Teil die Verbreitung dieser Krankheiten zuzuschreiben ist.

Digitized by Google

1929, Bd. 4, H. 6

Meineri, P. A.-Florenz: Modificazioni della formula leucocitaria cutanea in seguito ad iniezioni intradermiche di adrenalina e di pilocarpina, e caratteristiche dell' infiltrato, che si produce sotto l'azione prolungata di queste sostanze (Veränderungen der lokalen Leukozytenformel im Anschluß an Adrenalin- und Pilokarpininjektionen in die Haut und charakteristische Merkmale des sich bei längerer Einwirkung dieser Substanzen bildenden Hautinfiltrats.)

Verf. injizierte Individuen mit normalem vegetativem Nervensystem 1 ccm einer $^0/_{00}$igen Adrenalinlösung in die Rückenhaut und entnahm 5 Minuten danach mittels leichter Skarifikation der Injektionsstelle einen Tropfen Blut zwecks Zählung der Blutkörperchen. Eine Vergleichszählung wurde auf dieselbe Weise an der entsprechenden Stelle der anderen Seite ausgeführt. Nach ein paar Tagen wurde der Versuch in demselben Sinne mit 1%iger Pilokarpinlösung wiederholt. Aus den Resultaten schließt Verf., daß das Adrenalin eine lokale Verminderung der polynukleären Neutrophilen und Vermehrung der Lymphozyten verursacht, während das Pilokarpin eine Steigerung der Neutrophilen und Verminderung der Lymphozyten zur Folge hat. Nachdem die Injektionen der genannten Substanze einige Tage lang hintereinander an derselben Stelle ausgeführt waren, schritt Verf. zur Biopsie und histologischen Untersuchung der behandelten Hautgebiete. Auf diese Weise konnte er beobachten, daß in der Haut, welche man längere Zeit hindurch Adrenalininjektionen unterzog, eine Zellinfiltration entstand, welche das ganze Derma erfüllte; dieselbe bestand aus lymphozytenähnlichen Zellen, während fortgesetzte Pilokarpininjektionen ein vorwiegend aus polynukleären Neutrophilen bestehendes Infiltrat zur Folge hatten. Die Befunde scheinen die Hypothese von der Spezifizität der Zellreaktionen auf jede Art von Reiz zu bestätigen, indem sie beweisen, daß jede Zellenart ihre besonderen biologischen Aufgaben besitzt.

Ciambellotti, E.-Siena: Ulteriori richerche su di un caso di dermatite erpetiforme recidivante del volto a probabile base anafilattoide (Weitere Untersuchungen über einen Fall von rezidivierender Dermatitis herpetiformis des Gesichts auf vermutlicher anaphylaktischer Basis).

Der Verf. hatte Gelegenheit, die von ihm in einer früheren Arbeit beschriebene Kranke wieder zu untersuchen. Er fragt sich, ob es sich in diesem Fall wirklich um eine rezidivierende Herpesform oder eine herpesartige Dermatose auf anaphylaktischer Grundlage handelt. Obgleich es nicht möglich war durch Tierimpfungen die Gegenwart des Herpesvirus zu erweisen, konnte man die Möglichkeit einer wirklichen Herpeserkrankung nicht ausschließen, deren Virus von Zeit zu Zeit eine starke Virulenz annimmt, und zwar bei Gelegenheit von anaphylaktischen Anfällen, die auf Überempfindlichkeit gegen Produkte der inneren Sekretionen (Menstrualstörungen) beruhen.

Arnaud, E.-Turin: L'efficacia e la tolleranza di un sale solubile di bismuto nella cura della sifilide (Wirksamkeit und Toleranz eines löslichen Wismutsalzes in der Syphilistherapie).

Klinische experimentelle Studie über lösliches „Quimby", ein in neutralem Medium gelöstes Chinin-Jodwismutat. Das Präparat wird gut vertragen und ist vom klinischen und serologischen Standpunkt aus sehr wirksam. Die Absorption und Ausscheidung gehen viel schneller vor sich als bei unlöslichen Präparaten.

1929, Bd. 4, H. 7

Marcozzi, A.-Pisa: Sull' importanza delle alterazioni endocrino-simpatiche nell' etiologia delle follicoliti croniche atrofizzanti (Über die Bedeutung der vegetativ-endokrinen Störungen in den atrophierenden chronischen Follikulitiden).

Bei 2 Patienten, von denen der eine von Folliculitis decalvans, der andere von Brocqscher Pseudopelade befallen war, hat der Verf. durch pharmakodynamische Versuche ein Überwiegen des Vagus über den Sympathikus feststellen können.

Valenti, A.-Florenz: Contributo allo studio di speciali lesioni ossee in individui affetti da tuberculidi cutanee — Tuberculidi delle ossa (Beitrag zum Studium von besonderen Knochenläsionen bei von Hauttuberkuliden befallenen Individuen — Knochentuberkuliden).

Die von Jüngling zuerst im Jahre 1920 unter dem Namen „Osteitis tuberculosa multiplex cystica" beschriebene Krankheit ist durch Läsionen charakterisiert, welche sich fast ausschließlich auf Finger und Zehen beschränken; im Röntgenbilde erscheinen sie als multiple Herde von Knochenrarefikation. Der Hauptcharakterzug dieser klinisch und radiologisch gut differenzierbaren Läsionen ist, daß dieselben stets mit Hautverände-

Digitized by Google

rungen einhergehen, die zur Gruppe der Tuberkuliden gehören. Verf. beschreibt zwei persönliche Beobachtungen; auf Grund dieser letzteren und anderer in der Literatur beschriebenen Fälle schließt er, daß die Knochenläsionen vom klinischen sowohl als vom histologischen und pathogenetischen Standpunkt aus als echte Knochentuberkuliden zu betrachten sind.

Sannicandro, G.-Bari: Note istologiche sull' alopecia da Tallio (Histologische Bemerkungen über die Alopezie durch Thallium).

Die Wirkung des Thalliumazetats ist nicht einer Dysfunktion der endokrinen Drüsen, sondern einer direkten Wirkung des Medikaments auf das Haar zuzuschreiben. Systematische Untersuchungen vom Augenblick der Anwendung des Thalliums an bis zum Augenblick des Haarausfalles und des Wiederwachsens des Haares ergeben deutliche Läsionen sowohl der Epidermis und der Kutis als auch, und zwar hauptsächlich des Follikels. Die Zellen der Follikelscheide und später auch die die Papille umgebenden Keimzellen befinden sich in nukleo-protoplasmatischer Lysis; den Involutionserscheinungen folgen Regenerationserscheinungen.

Cortella, E.-Perugia: I processi deidrogenativi in alcuni organi di ratti intossicati con acetato di tallio (Die dehydrogenativen Vorgänge in einigen Organen von mit Thalliumazetat vergifteten Ratten).

Die intraorganischen oxydativen Prozesse dürften nach Wieland einer Dehydrogenation zuzuschreiben sein. In der Tat können auch in Abwesenheit von Sauerstoff Oxydationen bestehen, wenn nur eine Substanz, welche Wasserstoff annimmt, vorhanden ist. Verf. hat versucht festzustellen, ob die von ihm beobachteten histologischen Veränderungen im Zentralnervensystem von mit Thallium vergifteten Ratten mit Veränderungen der dehydrogenativen Funktion einhergehen. Er bediente sich der Methode von Lipschitz, welcher als Wasserstoffempfänger das m-Dinitrobenzol gebrauchte; er beobachtet fast regelmäßig eine bedeutende Vermehrung der dehydrogenativen Fähigkeit des Gehirns; in den anderen Organen erhielt er abweichende Resultate, welche je nach der Thalliumdosis wechselten.

1929, Bd. 4, H. 8

Venturi, T.-Florenz: Contributo allo studiö della dermatosi di Fox-Fordyce (Beitrag zur Kenntnis der Fox-Fordyceschen Dermatose).

Ein Fall von Fox-Fordyce bei einer 21jähr. Pat. mit Zeichen von Hypothyreoidismus. Es wurde längere Zeit hindurch Thyreoidin verabreicht, was zur erheblichen Besserung des Allgemeinzustandes und der bestehenden Dermatosis führte.

Vercellino, L.-Turin: Sulla reaziona di Wassermann e di Meinicke nell' ulcera molle (Über die Wassermann- und Meinicke-Reaktion bei Ulcus molle).

Bei den von Ulcus molle befallenen Kranken war die WR regelmäßig negativ. Die MTR dagegen ergab einen gewissen Prozentsatz von positiven Resultaten für die aus dem Ulkus gewonnenen Sera (61%) und für das Blut von Individuen, die mit intramuskulären Injektionen von Dmelcos behandelt worden war.

Garzella, N. R.-Pisa: Saggi di terapia bismutica nel lupus eritematoso — Nota preventiva (Versuche mit Wismuttherapie bei Lupus erythematodes — Vorbemerkungen).

Bei 7 mit Lupus erythematodes behafteten Kranken, worunter sich 2 Luetiker befanden, wurde die Wismuttherapie versuchsweise angewandt. Die Resultate waren fast durchgehend negativ. Nur in einem Fall erhielt man eine teilweise und vorübergehende günstige Wirkung auf die Läsionen.

Caluzzi, N.-Pola: Il tiosolfato di sodio quale antidoto del tallio nelle cure epilatorie (Natriumthiosulfat als Gegengift des Thalliums bei Epilationskuren).

Auf Grund der Untersuchungen von Mrongowius, Duchan und Buschke wurde dem Thalliumazetat zur Verminderung der toxischen Wirkung Natriumthiosulfat zugesetzt. Bei 10 Kindern von 3—13 Jahren, denen 14 Tage lang verschiedene Mengen von Thiosulfat (tägl. 1.5—4,5 g) verabreicht wurden, beobachtete man keine der Störungen, die gewöhnlich im Anschluß an den Gebrauch von Thallium auftreten. Die epilatorische Wirkung des Medikaments zeigte sich absolut nicht vermindert durch die gleichzeitige Anwendung des Natriumsulfats.

1929, Bd. 4, H. 9

Ciambellotti, E.-Siena: La cura delle ulceri da varici (Die Behandlung von Krampfadergeschwüren).

Übersicht der verschiedenen Behandlungsarten. Es wird hauptsächlich — wie in

Digitized by Google

ner vorhergehenden Arbeit des Verf.s — die Anwendung von Hodenextrakten („Interizial") empfohlen, die eine ausgezeichnete epidermoplastische Wirkung haben sollen; nsulin soll dagegen die Entwicklung von Granulationen begünstigen.

Venturi, T.-Florenz: Contributo alla conoscenza della dermatite pustolosa ronica e vegetante su base istologica di pseudo-epitelioma (Beitrag zur Kenntnis er chronischen und vegetierenden Dermatitis pustulosa auf histologischer Basis von seudo-Epitheliom).

Ein Fall von vegetierender Dermatitis pustulosa von Hallopeauschem Typus auf em Rücken beider Hände bei einem 67jähr. Pat., welcher berufsmäßig Schweinsdärme im Einfüllen von Wurstwaren präparierte. Die mikroskopischen und kulturellen Unterchungen erwiesen einen Staphylokokkus: die Intradermoreaktion und Komplementbleukung mit Emulsionen, die mit dem genannten Erreger hergestellt waren, fielen sitiv aus. Derselbe ist jedoch nicht nachweisbar in den histologischen Schnitten der isionen, wo man dagegen mit Pappenheimscher Färbung Gebilde beobachten kann, elche die Merkmale der Saccharomyzes aufweisen.

Cortella, E.-Perugia: Interessante osservazione di un epitelioma misto della ute (Interessante Beobachtung eines Epithelioms der Haut von gemischter Form).

Aus Spindelzellen bestehendes Neugebilde mit stark färbbaren Kernen; die Zellen nd in parallelen Bündeln angeordnet und erinnern an die Neoplasmen bindegewebiger atur; in einigen Läsionen aber gelang es, ihre epitheliale Abstammung zu beweisen. n Zentrum der neoplastischen Inseln beobachtet man Verhornungszentren ähnlich denigen, die man in stachelzelligen Epitheliomen beobachtet. Verf. schließt aus eine Komnationsform mit vorwiegendem Basalzellencharakter, jedoch mit Verhornungserscheingen.

Monacelli-Rom.

Giornale Italiano di Dermatologia e Sifilologia

1929, Bd. 70, H. 2.

Scomazzoni, T.-Mailand: Delle alterazioni del liquor nella sifilide e loro odificazione con la malariaterapia (Veränderungen des Liquors bei Syphilis und re Beeinflussung durch die Malariabehandlung).

Besprechung der wichtigsten Untersuchungsmethoden, ihres Wertes und ihrer pezifität für die Diagnose der syphilitischen Erkrankungen des Zentralnervensystems. gene Beobachtung an 130 Fällen von Lues jeden Stadiums und von Nervensyphilis. erf. erklärt, daß Liquorveränderungen auch ohne manifeste Krankheitserscheinungen n den ersten Wochen der Ansteckung bis über das Verschwinden der WR hinaus stehen können. Im 1. und 2. Jahr der Infektion sind sie häufiger und schwerer, eiben dann stationär und lassen an Zahl, nicht an Schwere nach. Sie finden sich in r seronegativen Phase von Syphilis I in 4—10%, bei Syphilis II bis Schluß des Jahres in 35—45%, nachher in 25—40%, bei Leukoderma und Alopezie in 40—50%, i latenter, WR-positiver Lues in 33—35%, bei latenter, unbehandelter in 25—30%, i Gehirnsyphilis, Tabes und progressiver Paralyse in 80—100%. Abgesehen von lopezie und Leukoderm läßt sich keine Beziehung zwischen Liquorveränderung und n einzelnen Syphilismorphen feststellen. Es gibt schwere Liquorveränderung ohne eichen einer Nervensystemerkrankung; umgekehrt gehen solche fast immer mit Liquorveränderungen einher. Bei frischer Syphilis läßt sich der Liquor rasch durch die Behandlung günstig beeinflussen; später nur schwierig. In dieser Zeit kann, gleichviel ob inische Erscheinungen da sind oder nicht, eine Besserung mit der Fieber-, besonders er durch mit spezifischen Mitteln verbundener Malariabehandlung erzielt werden. ine ungenügende spezifische Kur begünstigt die Festsetzung von Liquorerkrankung und nn sie auch hervorrufen. Die WR im Blute gibt kein genügendes Kriterium für die rage der Heilung; sie kann negativ sein, obwohl daneben bei sonst klinisch nicht erennbarer Syphilis der Liquor aufs schwerste verändert sein kann. Daher das Gesetz er wiederholten Liquorkontrolle in den ersten Jahren und nach Schluß der Kuren. erf. meint, daß die später an Nervensyphilis Erkrankenden schon in der Frühperiode lauernde) Liquorveränderungen zeigen. Wenn es mit gewöhnlichen Behandlungsethoden nicht gelingt, den Liquor zu assanieren, müßte heute die Malariatherapie amit vergesellschaftet werden.

Digitized by Google

Vadalà, J.-Mailand: Le modificazioni ematologiche dei sifilitici nella malariaterapia (Die Blutveränderungen der Syphilitiker in der Malariabehandlung).

Vor der Malariaimpfung konstant: Beschleunigung der Blutkörperchensenkung etwas Vermehrung der Viskosität. Unregelmäßiges Verhalten der Erythrozyten. Immer hoher Hämoglobingehalt. Gelegentlich Lymphozytose. Während der Fieberattacken weitere Beschleunigung der Sedimentierung, Verringerung der Viskosität, der Zahl der roten Blutscheiben, des Hämoglobins und der Leukozyten; Monozytose. Nach der Abheilung der Malaria: Rückkehr zur ersten Phase. Dagegen sind die Leukozyten vermehrt, die Monozytose verschwindet und die Lymphozytenzahl bleibt erhöht. Verf. sieht in der Monozytose der zweiten und der Lymphozytose der dritten Phase etwas, was die Wirkungsweise der Malariabehandlung erklären dürfte.

Bertaccini, J.-Perugia: Nuovo contributo di ricerche allo studio delle alterazioni endocrine e nervose nel pemfigo (Neuer Untersuchungsbeitrag zum Studium der endokrinen und nervösen Störungen beim Pemphigus).

Mikroskopische Untersuchung der Organe einer an Pemphigus vegetans gestorbenen 25jähr. Frau. Im Zentralnervensystem nur unansehnliche und nicht eigenartige Degenerationsbilder, wie sie sich bei jedem toxisch-infektiösen Prozeß finden können. Mäßiger Grad von Sklerose und Atrophie der Schilddrüse, in der Hypophysis als Zeichen vermehrter Aktivität: Bedeutende Vermehrung der azidophilen Zellen. An den Eierstöcken beginnende Sklerose, Fehlen der Corpora lutea und reifer Follikel. Nichts an den anderen endokrinen Drüsen. (Die Nebennieren konnten nicht untersucht werden.) Die Veränderungen an Schilddrüse und Eierstöcken könnten sowohl Ursache wie Folge des Pemphigus sein. Vergebliche Versuche, Kaninchen durch Einbringung von Gehirnmasse unter Dura oder Kornea zu infizieren.

Flarer, F.-Pavia: Ricerche sperimentali sui filtrati di tessuto tubercolare cutaneo (Experimentelle Untersuchungen über die Filtrate des tuberkulösen Hautgewebes).

Material: Hauttuberkulosen, Kulturen von Rindertuberkulose, tuberkulöse Nachbarschaftsdrüsen bei Lupus und Organe von mit Hauttuberkulose geimpften Meerschweinchen. Chamberlandkerzen L 3. 4 Serien: Nr. 1: Mit Filtrat geimpfte Tiere; Nr. 2: Kontrolltiere, die mit nicht filtriertem Virus geimpft wurden; Nr. 3: solche, die mit den Organen filtratgeimpfter Tiere behandelt wurden; Nr. 4: Neugeborene Tiere von mit Filtraten geimpften Eltern. Histologische, bakterioskopische und kulturelle Untersuchung der Organe der Impftiere. Es ergab sich kein Anhalt für die Annahme eines filtrierbaren tuberkulösen Ultravirus. Doch scheint das Filtrat ziemlich häufig eigenartige, nicht für Tuberkulose charakteristische Veränderungen hervorzurufen. Mikrophotogramme von diesen.

Ambrogio, A.-Genua: Sui fenomeni immunitari nella blenorragia (Über die Immunerscheinungen beim Tripper).

Aus der sehr umfangreichen Arbeit seien nur die Ergebnisse der Eigenversuche des Verf. hervorgehoben! Zur Antireaktion wurde eine polyvalente Vakzine verwendet. (Bei 50 Tripperkranken und 7 sicher nicht blennorrhoischen, anderweitig erkrankten Personen.) Die Resultate waren bei allen Arten von Trippererkrankung negativ und entsprachen nicht der klinischen und mikroskopischen Diagnose. Bei heftigen und ausgedehnten Prozessen, selbst solchen mit Allgemeinerscheinungen und deutlichster Serumreaktion konnte sie fehlen. Die Behandlung mit Vakzine hatte keinen Einfluß auf sie. Bei Gesunden war sie immer negativ. — Zur Intrakutanreaktion wurde eine italienische Vakzine verwendet, welche 100 Millionen bis 1 Milliarde Keime im Kubikzentimeter enthielt. 120 Untersuchungen. Ambrogio fand hiermit bei vielen Tripperkranken, daß ihr Organismus überempfindlich gegenüber dem Trippergift wird, was sich in umschriebenen Entzündungen verrät. Die Heftigkeit derselben steigt mit der Konzentration und vor allem mit der Höhe der Dosis. Aber diese Reaktionen treten auch bei Gesunden auf; nur scheint die Entwicklung bei Blennorrhoikern heftiger und rascher vor sich zu gehen und scheinen die Reaktionen länger anzudauern. Mit Steigerung der Konzentration vermehren sich die unspezifischen Reaktionen. Beziehungen zwischen der Stärke und Ausbreitung der Krankheit und dem Ausfall der Impfungsreaktion lassen sich nicht feststellen. Vakzinebehandlung ist von Einfluß. Vorher völlig „negative" Personen werden gelegentlich nach der Injektion „positiv". Bei Wiederholungen kann sowohl bei Nichtblennorrhoikern wie bei Blennorrhoikern das Ergebnis ein anderes werden. Im allgemeinen wurde bei Verwendung schwacher Konzentrationen ein positives Ergebnis in geringerem Hundertsatz erreicht, gleich ob es sich um einfache oder kom-

Digitized by Google

olizierte Krankheitsfälle handelte. Mit der Konzentration stieg auch die Empfindlichkeit der Methode, aber gleichzeitig auch die Neigung zu aspezifischer Reaktion. Die besten Ergebnisse wurden bei chronischer Urethritis und Zervizitis und bei Bartholinitis erzielt. Intrakutanreaktion und Komplementablenkung widersprechen sich häufig. Es kommt auch vor, daß durch die Vakzinebehandlung nur die erstere geweckt wird, wo beide Methoden erst negativ waren. Die Serumveränderungen sagen also für sich nichts über den Immunisierungszustand aus, an dem, wie es scheint, die Zellen lebhaften Anteil haben können.

Nardi, J.-Vicenza: L'oro nella cura della erisipela (Das Gold in der Behandlung des Rotlaufs).

20 Kranke. (Meist endovenöse) Injektionen von einem kolloiden Goldpräparat namens Collaurum. Gleichzeitig örtlich Umschläge mit 5%iger Lösung von salizylsaurem Natron und Einpinselungen einer alkoholischen Phenol-Kampfer-Lösung. Sehr günstige Resultate: rasche Heilung. Verf. glaubt, daß das Gold aspezifisch durch Stimulierung der Abwehrkräfte des Körpers wirke.

Cartia, B.-Catania: La proteinoprognosi della sifilide per mezzo di intradermoreazini con proteine aspezifiche (Die Proteinprognose der Syphilis mittels Intrakutanreaktionen von aspezifischen Proteinen).

Nachprüfungen an 70 Fällen der von Dujardin und Decamps vorgeschlagenen Erzeugung von Intrakutanreaktionen mit unspezifischen Stoffen bei Syphilitikern haben ergeben, daß diese Methode keinen Wert für die Stellung der Prognose hat.

Comel, M.-Mailand: Cenni di chimica fisiologica della cute (Lehren physiologischer Chemie der Haut).

Die Arbeit ist die Niederschrift eines im Laufe eines Dermatologiekurses gehaltenen Vortrages. Sie ist im Original nachzulesen.

1929, Bd. 70, H. 4

Neuber, E.-Debreczin: Un caso di „filaria sanguinis hominis" a Hajdunanas [Ungheria] (Ein Fall von Filaria sanguinis hominis in Hajdunanas [Ungarn]).

57jähr. Bauer. Wahrscheinlich 1917 in Debreczin durch türkische Kolonialtruppen angesteckt. Beginn mit heftigen Allgemein- und Lokalerscheinungen. Während der Intermissionszeiten der ersteren nur anfänglich auch Rückgang der letzteren. Jetzt elephantiastische Verdickung der Haut von Glied und Hodensack. Darauf dichtgestellte, warzig aussehende, kleine Blasen in großer Anzahl von Stecknadelkopf- bis Linsengröße, angefüllt mit seröser Flüssigkeit (Lymphzysten). Eosinophilie, Vermehrung der Thrombozyten und der Hämokonien. Nachweis der Parasiten im Blut. Keine Chylurie, Hämatochylurie oder Chylusansammlungen in Hohlräumen. Bisher nur geringe Besserung durch Salvarsan. Die Arbeit ist im wesentlichen eine Abhandlung nicht über den vorliegenden Fall, sondern über die Krankheit. Photogramme des erkrankten Geschlechtsteiles, der Parasiten im Blute und der mikroskopischen Hautbilder.

Crosti, A.-Mailand: Contributo allo studio degli epiteliomi ad evoluzione maligna delle ghiandole sudorifere (Beitrag zur Kenntnis der bösartig sich entwickelnden Epitheliome der Schweißdrüsen).

Nach einer ausführlichen Übersicht über die verschiedenen in der Literatur niedergelegten von Anfang an malignen oder sich bösartig entwickelnden Schweißdrüsengeschwülste berichtet der Verf. über zwei eigene Beobachtungen von Epitheliom der Schweißdrüsen. 1. Fall: 78jähr. Bauer. Verschiedene rote, härtliche ungestielte, schmerzlose, mit dünner, aber intakter Epidermis bedeckte Knötchen der Nase. Langsame Entwicklung. Dann rapides Wachstum des größten Knötchens. Nach chirurgischer Entfernung Rückfall in Jahresfrist und neue größere Knoten. Keine Metastasen. Mikroskopisch: durch Bindegewebe abgekammerte Epithelhaufen, nur teilweise von gröblichem tubulo-alveolärem Bau. Ausgangsort: die Schweißdrüsenausführungsgänge. Photogramme des Kranken und der mikroskopischen Schnitte. 2. Fall: 43jähr. Frau. Harte, schmerzlose, apfelgroße, subkutane, aber der Haut adhärierende Geschwulst. Lange unverändert. Dann plötzliches Wachstum des ursprünglich zum Teil zystischen Schweißdrüsenadenoms. Mikroskopisch: Tubulo-cystico-alveolärer oder solider aus Epithelsträngen bestehender Bau. Das Weitere muß im Original eingesehen werden.

Bertaccini, G.-Perugia: Ricerche sui processi deidrogenativi nella cute irradiata con U. V. (Untersuchungen über die Prozesse der Dehydrogenation in der mit ultravioletten Licht bestrahlten Haut).

Versuche an Menschen und Kaninchen. Mikroskopische Untersuchungen. Methode

Digitized by Google

Lipschütz. Kleine Dosen vermehren die Prozesse in der bestrahlten Haut, stärkere vermindern sie. Das M-Dinitrobenzol wird sowohl von bestrahlter wie nicht bestrahlter Haut immer ziemlich heftig reduziert. Es spielen sich also in ihr bedeutende aktive Oxydationsvorgänge ab.

Artom, M.-Novara: L'acrodinia infantile (Kindliche Akrodynie).

Ausführliche Übersicht über die Literatur. Drei neue Fälle der für erloschen gehaltenen, aber neuerdings wieder epidemisch aufgetauchten Krankheit, welche Kinder betreffen. Die Haupterscheinungen zerfallen in vier Gruppen, solche der Psyche, der Nerven und Muskeln, der Haut und der Schleimhäute und des Zirkulationsapparates. Verf. hielt die Akrodynie für eine Krankheitseinheit, welche ihren Grund in einer Schädigung der Nervenmasse und des neurovegatativen Systems, besonders des Sympathikus hat, deren Erreger noch nicht bekannt ist, aber vielleicht mit dem Gift der Encephalia lethargica identisch ist oder auch mit dem der Poliomyelitis. Photogramme.

Scolari, E. G.-Mailand: Osservazioni sulle reazioni istoidi in luposi curati con la citoretina (Beobachtungen über die Gewebereaktionen bei mit Citoretina behandelten Lupösen).

Citoretina ist eine (italienische) Chinoleinpräparation. Sie hat sich bei Lungentuberkulose gut bewährt. Das Mittel ward intrakutan und intramuskulär eingespritzt. Im Umkreis der Herde eingeführt bewirkte es keine Besserung. 1‰-Lösungen erzeugen Nekrosen. Die Resultate, welche mit dünnen Lösungen erzielt wurden, waren nicht befriedigend. Eine erhöhte Tätigkeit des retikulo-endothelialen Systems konnte nicht beobachtet werden. Dagegen bessert sich das Allgemeinbefinden.

Narducci, F.-Perugia: Osservazioni sui rapporti fra glicemia e dermatosi e sul trattamento insulinico nelle dermatosi (Beobachtungen über die Beziehungen zwischen Glykämie und Hautleiden und über Insulinbehandlung bei solchen).

66 Fälle. Methode Folin-Wu. Der Zuckergehalt fand sich erhöht 18mal unter 39 Ekzemen, 8mal unter 10 Schuppenflechten und 3mal bei 7 Furunkulosen. Die Ergebnisse sind nur bei diesen nicht ermutigend gewesen.

Truffi, G.-Padua: Sull' azione dell' acetato die tallio. Nota in risposta a Buschke e Peiser (Über die biologische Wirkung des Thalliumazetats [Antwort auf Buschke und Peiser]).

Die Arbeit wendet sich gegen eine in der vorigen Nummer dieses Journals erschienene Kritik der deutschen Gelehrten an den in unserer Wochenschrift veröffentlichten Meinungen Truffis.

Lanteri, G.-Catania: Fenomeno di Flocculazione nei liquidi cefalo-rachidiani dei malati di sifilide nervosa (Das Phänomen der Ausflockung in der Spinalflüssigkeit der an Nervensyphilis Erkrankten).

Verwendung bei Tabes, Paralyse, fraglicher Gehirnsyphilis und anderen nicht syphilitischen Erkrankungen des Nervensystems. 7 positive Ergebnisse unter 13 Syphilisfällen. Eintritt der prompten Reaktion fast nur bei Anwendung von Formalin. Gegensatz zu den Verhältnissen bei der Untersuchung des Blutserums und den Ergebnissen anderer Autoren. Die Notwendigkeit des Formalinzusatzes ist also in theoretischer und praktischer Hinsicht bemerkenswert.

Cartia, B.-Catania: Consistenza di lesioni cutanee e nervose specifiche in soggetto luetico (Gleichzeitige spezifische Haut- und Nervenerkrankungen bei einem Syphilitiker).

Hautsyphilide bei einem Tabiker. Die Trennung eines neurotropen Virus von einem dermatotropen wird abgelehnt.

Marchisio, L.-Genua: Contributo allo studio della „purpura annularis teleangiectodes" di Majocchi (Beitrag zum Studium der Purpura annularis teleangiectodes Majocchi).

Schilderung und Abbildung eines neuen Falles, der frei von Tuberkulose. Ursache dürfte wieder einmal Sublimatgebrauch gewesen sein. Bei besonderer Empfindlichkeit eines Menschen möchten auch andere Substanzen dieses Krankheitsbild erzeugen können. Die Krankheit tritt nicht vor der Pubertät und nur an den unteren Gliedmaßen auf. Sie ist ausschließlich ein Leiden der kleinen Venen bei konstitutioneller Herabsetzung des Gefäßtonus und Labilität des endokrino-sympathischen Systems. Dieser Theorie entsprach die heilende Wirkung eines französischen Präparates (Proveinase), welches neben den gefäßzusammenziehenden Mitteln Hamamelis, Viburnum und Castanea indica endokrine Stoffe (Nebenniere, Schilddrüse und Hypophysis), welche auf den Tonus der Gefäße einwirken, enthält.

Digitized by Google

Comel, M.-Mailand: L'importanza della reazione (pH, potere regolatore ecc.) ui phenomeni che si svolgono nella cute.
Eine bei einem Kurs in der Dermatologie (1928—1929) gehaltene Vorlesung.
v. Notthafft-München.

Mitteilungen aus der Literatur

Arznei- und gewerbliche Schädigungen. Dermatitis artificialis

Holstein, E.-Frankfurt a. M.: Störungen der Sensibilität bei einer gewerblichen Quecksilbervergiftung. Med. Welt, 1929, Nr. 36, S. 1290.
Verf. berichtet über umfangreiche Sensibilitätsstörungen, die bei einer 39jähr. Frau im gewerblichen Betrieb einer Haarhutfabrik als Folge einer Quecksilberverriftung aufgetreten sind, beginnend mit Zittern in den Händen und Beinen und großem Mattigkeitsgefühl. Mit beginnender Heilung der Vergiftung, die sich auch im Blutbefund ausdrückte, gingen die Sensibilitätsstörungen zurück, so daß ein Zweifel an dem Zusammenhang zwischen Quecksilbervergiftung und den aufgetretenen Gefühlsstörungen nicht gerechtfertigt wäre. H. Ress-Dessau.

Heye, G. H.-Rodenkirchen: Über die Dermatitis durch Pastinacea sativa. Beitrag zur Ätiologie der beim Freibaden entstehenden Hautausschläge. D. m. W., 1929, Nr. 41, S. 1722.
Verf. hat seit 1919 in jedem Hochsommer Kranke mit strichförmigen, bullösen Hautausschlägen, besonders an den Händen, beobachtet. Die Erscheinungen werden durch Ausreißen von wilden Pastinaken aus der Grasnarbe eines Deiches hervorgerufen. F. Harry-Wiesbaden.

Smithies, B. M.: Occupational Diseases of Hop-Picking (Die Gewerbekrankheiten der Hopfensammler). Lancet, 1929, Nr. 5532, S. 494.
Unter den Gewerbekrankheiten der Hopfensammler, Hopfenexanthem, Hopfenkonjunktivitis, Hopfengicht, hat die erste besonderes Interesse, scheint auch die häufigste Schädigung durch die Pflanze darzustellen, denn eine Statistik aus Kent ergab 1926 bei 25000 Hopfenpflückern 237 Fälle von Hopfendermatitis gegenüber 35 von Hopfenkonjunktivitis und 87 von Hopfengicht. Die Dermatitis wurde fast ausnahmslos bei Frauen beobachtet; Verfasserin sah unter 52 Fällen 4 bei Männern, 39 bei Frauen, 9 bei Kindern beiderlei Geschlechts unter 14 Jahren. Die Krankheit scheint bei demselben Individuum Jahr für Jahr wiederzukehren. Sie beginnt mit einem meist an Händen, Armen, Gesicht sitzenden papulösen Erythem, gewöhnlich begleitet von Kopfschmerzen und unwiderstehlicher Schläfrigkeit. An das papulöse Stadium schließt sich schnell ein vesikulöses und pustulöses an.
F. Juliusberg-Braunschweig.

Weis, C. R., u. R. Ruedemann-Dayton: Exfoliative Dermatitis from Potassium Sulphocyanate Therapy (Exfoliative Dermatitis nach Behandlung mit Sulfozyankalium). J. Am. m. Ass., Bd. 93, Nr. 13, S. 988.
Bei einem Patienten von Weis und Ruedemann, einem 37jährigen Manne, trat am 10. Tage der Behandlung mit dem von K. Westphal gegen den genuinen arteriellen Blutdruck empfohlenen Rhodan (Sulfozyankalium) eine akute diffuse erythematöse Dermatitis im Gesicht, am Hals, an Händen, Armen und Knöcheln auf. Leichtes Ödem des Gesichts mit Schwellung der Augenlider. Zunahme der Dermatitis; am 4. Tage verallgemeinerte erythemato-papulo-squamöse Eruption, die den exfolliierenden Exanthemen nach Salvarsan ähnelte. Nach Abheilung des Arzneiexanthems flackerte es von neuem, aber in milderer Form, nach Wideraufnahme der Rhodantherapie auf. F. Juliusberg-Braunschweig.

Schatilow-Petrowsk im Donnezbassin: Über die professionellen Dermatosen bei den Grubenarbeitern. Westnik Sowremonnsi Medicini, 1929, Nr. 15/16.
Dermatosen wie Furunkulose, Pyodermie, Dermatitis und Ekzematosis gehören bei den Grubenarbeitern zur Zahl der professionellen Erkrankungen und werden besonders bei denjenigen beobachtet, die sich im Zentrum der Kohlengewinnung befinden. Das sind die im Erdinneren schaffenden Arbeiter, welche die schwerste und für die Gesundheit gefährlichste Arbeit tragen; am meisten gefährdet ist das jugendliche Alter. A. Jordan-Moskau.

Digitized by Google

Slomnesco: Sur le traitement soufré dans les brûlures à l'acide fluorhydrique (Über die Schwefelbehandlung der Verbrennung mit Fluorwasserstoffsäure). Bull. de l'Acad. de Méd., 1929, Bd. 102, Nr. 29, S. 122.

Verbrennungen mit Fluorwasserstoffsäure sind sehr schmerzhaft und von der Bildung eitriger Blasen begleitet. Durch Auflegen von Schwefelsalbe werden die Schmerzen gelindert, weitere Blasenbildung findet nicht statt. Die Wirkung erklärt sich durch den Ersatz des durch die Verbrennung angegriffenen Schwefels des Keratins. E. Levin-Berlin.

Sommerfeld, Th.-Berlin: Die Entschädigung von Berufskrankheiten in chemischen Betrieben. Med. Welt., 1929, Nr. 36. S. 1303.

Verf. bringt eine Aufzählung der durch die Verordnung vom 11. Februar 1929 entschädigungspflichtigen Berufskrankheiten und weist besonders darauf hin, daß der Arzt schon bei einem begründeten Verdacht einer Berufskrankheit zur Anzeige verpflichtet sei. Zu beachten sei auch, daß Erwerbsfähigkeit im Sinne der Unfallversicherung vorliegt in dem Zeitpunkt, wo zu befürchten ist, daß durch die Weiterbeschäftigung des Versicherten eine Berufskrankheit entstehen könnte, auch ohne daß Behandlungsbedürftigkeit oder Arbeitsunfähigkeit eintritt. H. Ress-Dessau.

Beintker-Münster: Die Stellung der Hautkrankheiten nach der neuen (zweiten) Verordnung über die Ausdehnung der Unfallversicherung auf Berufskrankheiten. Med. Welt, 1929, Nr. 36. S. 1304.

Die Unzulänglichkeiten der neuen Verordnung werden kritisch besprochen. Die Forderung der beamteten Gewerbeärzte ging dahin, sämtliche chronischen oder chronisch-rezidivierenden Hauterkrankungen als Berufskrankheiten aufzufassen; dann wären die Unklarheiten vermieden, zu denen namentlich Ziffer 13 Anlaß gibt. Darin sind aufgezählt Hauterkrankungen durch Ruß, Paraffin, Teer, Anthrazen, Pech und verwandte Stoffe. Der Chemiker wird unter „verwandten Stoffen" alle Kohlenstoffverbindungen, d. h. alle Stoffe der organischen Chemie verstehen. In diesem Sinne fallen z. B. auch Malerekzeme, die durch Terpentin oder einem aus den höheren Benzinen stammenden Ersatz hervorgerufen sind, unter die Verordnung. Der Gesetzgeber hat aber offenbar — entsprechend der Entstehung dieser Ziffer, die aus der alten Verordnung der Hautkrebs erzeugenden Stoffe übernommen wurde — nur solche verwandten Stoffe gemeint, die Hautkrebs hervorrufen. Solange das nicht klar ausgedrückt ist, wird der Gutachter nach Meinung des Verf. die Auslegung des Begriffes „verwandt" nur im Sinne der Chemie auffassen können und dürfen.

H. Ress-Dessau.

Strahlentherapie und Strahlenschädigung

Klare, K.-Scheidegg: Betrachtungen über Wandlungen in der Bewertung der Heliotherapie. (Prinzregent Luitpold Kinderheilstätte.) M. m. W., 1929, Nr. 31, S. 1291.

Während man wegen der großen Gefahr der Reizwirkung von der Sonnenbestrahlung der Lungentuberkulose ganz abgekommen ist und auch bei chirurgischen Tuberkulosen die Lokal- und Allgemeinbestrahlung auf ein Minimum beschränkte, wird sie nunmehr nur noch bei tuberkulösen Erkrankungen der Haut, vor allem beim Lupus und Skrofuloderm, durchgeführt. Hier ist der Erfolg intensivster Insolation in allen Fällen gut, da sich der Herd durch die Lichteinwirkung direkt beeinflussen läßt. Die Hauttuberkulose ist diejenige Form der Tuberkulose, die Reizbehandlung in stärkster Form verlangt und verträgt. Dagegen ist äußerste Vorsicht bei eventuell gleichzeitig bestehender Lungentuberkulose am Platze. Verf. warnt vor der wahllosen Bestrahlung schwächlicher Kinder, da besondere Konstitutionstypen, wie die lymphatisch-exsudativen Kinder, stark lichtempfindlich sind und ungünstig reagieren.

B. Peiser-Berlin.

Rollier, A.-Leysin: Grundsätzliches zur Heliotherapie. (Heliotherapeutische Kliniken.) Med. Welt, 1929, Nr. 30, S. 1016.

Die wunderbaren Erfolge, die Verf. bei Behandlung der chirurgischen Tuberkulose erreicht, verdankt er der Sonnenbestrahlung. Mit kurzen fraktionierten Dosen beginnen die Bestrahlungen an den unteren Extremitäten, um langsam zum Sonnenvollbad zu steigen. Verf. ist überzeugt von der Wichtigkeit der Haut im Kampf des Organismus gegen die Tuberkulose; sie ist nicht nur Schutzorgan, sondern auch der idealste Faktor zur Regulierung des Blutkreislaufes. Im Pigment erblickt er einen Aufspeicherer biologischer Kräfte; die tägliche Erfahrung habe gezeigt, daß die

Digitized by Google

Widerstandskraft fast immer in direktem Verhältnis zur Stärke und Ausdehnung einer Pigmentation stehe. Aber auch im prophylaktischen Sinne weist er auf den Wert der Sonnenstrahlen hin, die der abgehetzten Menschheit verlorene Lebensenergie zurückzugeben imstande sei. H. Ress-Dessau.

Goodman, H.: Quantitative Characteristics of Light Sources Used in Ultraviolet Therapie (Quantitative Eigenschaften von Lichtquellen bei der Ultravioletttherapie). Am. Roentgenol., Bd. 22, Nr. 2, S. 150.

Es wird der Vorschlag einer Einteilung des Ultraviolettlichtes nach biologischen Gesichtspunkten gegeben. Das Wellenlängengebiet zwischen 320—290 μ umfaßt das vitale Ultraviolett, das Gebiet von 390—320 μ wird als intravitales Ultraviolett bezeichnet, das Gebiet unter 290 μ als extravitales Ultraviolett. Es wird eine Tabelle über den Gehalt verschiedener, in medizinischer Verwendung befindlicher Ultravioletthtquellen in den gesamten Ultravioletttzonen gegeben. Die Resultate wurden auf Grund von Messungen mit Quarzspektrographen mit Thermosäule und Galvanometer erzielt und in „erg" angegeben. Der Verf. glaubt, daß auf Grund solcher Tabellen eine rationellere Dosimetrie auch im Gebiete der Lichtstrahlung möglich ist.

Holthusen-Hamburg.

Lipkin-Smolensk: Über die bakterizide Wirkung der Quarzlampe. Wratschebnaja Gaseta. 1929, Nr. 11.

Die Strahlen der Quarzlampe besitzen nur eine oberflächliche bakterizide Wirkung und dringen nicht in die Tiefe ein; nicht alle Bakterien aber sind gleichempfindlich der Wirkung der Quarzlampe gegenüber. Die Strahlen rufen den Untergang der Bakterien nur in der Zeit von 3—6 Minuten, teilweise zwischen 6 und 9 Minuten hervor. Die Quarzlampe wirkt auch auf sporentragende Bakterien und Pilze verderbend ein. Die bakteriziden Eigenschaften der Sonnenstrahlen sind um viele Mal schwächer als die der Quarzlampe. A. Jordan-Moskau.

Haba, H., H. Hase u. H. Küster-Göttingen: Der praktische Weg zur Erzeugung einheitlicher Strahlenqualität in der Hauttherapie. (Labor. d. med. Physik d. Chir. Univ.-Kl.) Strahlenther., Bd. 33, H. 4. S. 732.

Eine Röntgenröhre mit dicker Glaswand kann ungefilterte Strahlen derselben Qualität aussenden wie eine andere mit dünner Glaswand bei Aluminiumfilterung. Die Untersuchungen von Glasscherben ließen Dickenunterschiede von 1 mm zwischen verschiedenen Röhren erkennen. Vermittelst einer Röhre mit Lindemann-Glasröhrchen konnte gezeigt werden, daß sämtliche Glasarten praktisch alle Strahlungen gleich schwächen wie Aluminium derselben Dicke. Es wird vorgeschlagen, die bisherige Angabe des Vorfilters zur Strahlenqualifikation aufzugeben und statt dessen die Dicke der Aluminiumäquivalenz, d. h. die Dicke des Röhrenglases zuzüglich der Dicke des Aluminiumfilters, mitzuteilen. Bei gleichzeitiger Ausmessung der Kilovoltzahl mit Hilfe der Kugelfunkenstrecke ist so die Strahlung im Hauttherapiebereich hinreichend definiert. E. Kottmaier-Mainz.

Freund, L.: The X-Ray Treatment of Wounds (Die Röntgenbehandlung von Wunden). Brit. m. J., 1929, Nr. 3583, S. 449.

F. bespricht sein Verfahren bei Lupus vulgaris, Epitheliom, Ulcus rodens, Keloiden und Pigmentnaevi mittels Röntgenbehandlung mit kleinen, über 6 bis 8 Sitzungen verteilten Dosen von 6—7 H, die bei Zwischenräumen von 2—3 Tagen auf die nach der chirurgischen Exzision der Läsionen verbleibenden offenen Wundflächen appliziert werden. Für große Defekte — handtellergroße Gebiete von Lupus vulgaris können in 6—8 Wochen völlig ausgeheilt werden — und für Läsionen, die in winkeligen oder faltigen Stellen der Körperoberfläche lokalisiert sind, eignet sich die Methode weniger gut. A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Fuhs, H., u. J. Konrad-Wien: Über weitere Indikationen für die Buckystrahlen in der Dermatologie. (Univ.-Kl. f. Derm.) Strahlenther., Bd. 33. H. 3. S. 479.

Die Buckystrahlen werden empfohlen bei selteneren Hauterkrankungen: Morbus Darier, Ichthyosis atypica palmaris, Pityriasis lichenoides chron. und varioliformis acuta, Poikilodermia vascularis (Jakoby), Spiegler-Tumoren und Nicolas-Durant-Favresche Krankheit. Lokale Bestrahlungen bewirkten relativ rasche Rückbildung der gegen andere therapeutische Maßnahmen, ja selbst Röntgenbestrahlung refraktären bzw. ziemlich resistenten Krankheitsbilder. Bei Morbus Darier wurden selbst auf 4500 R bei einer 6monatigen Beobachtungszeit keinerlei histologische Schäden, namentlich auch der Kutis bemerkbar. Bei Poikilodermie trat in den bestrahlten Hautfeldern ein deutlich ausgebildetes elastisches Fasernetz auf,

Digitized by Google

während die nicht bestrahlten Stellen größtenteils Rarifikation bzw. völligen Mangel der Elastika erkennen ließen. Bei Pityriasis lichenoides und varioliformis acuta wurde lediglich ein kleines Feld bestrahlt, wonach es, vielleicht reflektorisch, zu streng halbseitiger, gleichmäßiger Rückbildung sämtlicher Erscheinungen der einen Stammseite kam. E. Kottmaier-Mainz.

Holzknecht, G.-Wien: Bemerkungen zu der Arbeit H. J. Alius: „Röntgensarkom" im 143. Bande. Bruns' Beitr., Bd. 147, H. 4, S. 671.

Konsequente Röntgenschwachbestrahlung führt mit fast 100% zu Hautkarzinomen, während Literaturangaben über das Vorkommen von Sarkomen bei den Tausenden von dauernd Röntgenstrahlen ausgesetzten Personen äußerst spärlich sind. Verf. zieht daraus die Folgerung, daß das Sarkom bei chronisch Röntgenbestrahlten nicht häufiger vorkommt als bei Nichtbestrahlten. Das Röntgenkarzinom bleibt jahrelang ein rein kutaner Prozeß, das am besten mit Hautexstirpation und Thierschdeckung beherrscht wird; seine Malignität wird überschätzt. Röntgengeschädigte ulzerierte, insbesondere durch Anästhesin ungünstig beeinflußte Haut weist Bindegewebsreizzustände auf, die zu der Vermutung eines Sarkoms führen und dann Anlaß zu unnützen radikalen Ablationen gaben. (Vgl. Derm. W., Bd. 87, S. 1830.)

W. Curth-Berlin.

Schönfeld, A.-Wien: Schutzmaßnahmen im Röntgenbetrieb (De lege ferenda. (Röntgeninst. d. Krankenhauses der Stadt Wien.) W. m. W., 1929, Nr. 35, S. 1119 u. Nr. 36, S. 1153.

Verf. macht Vorschläge über Schutzmaßnahmen bei Verwendung der Röntgenstrahlen, die in Österreich gesetzlich eingeführt werden sollen. Freistehende Apparate sind in einem besonderen abschließbaren Raum unterzubringen oder mit einem schrankähnlichen Umbau zu versehen. Der Zugang hierzu muß mit einem automatischen Schalter versehen sein, der beim Öffnen des Zuganges die ganze Anlage primär stromlos macht. Bei Netzanschlüssen, deren Spannungsschwankungen während der Therapiezeit 15% betragen, darf nur dann bestrahlt werden, wenn bei jeder verabreichten Dosis ein Jonto- und ein Fardosimeter mitläuft. Fußschalter dürfen nur mit Selbstsperre benutzt werden (vgl. die Richtlinien der Deutschen Röntgengesellschaft; d. Verf.). W. Curth-Berlin.

Schönfeld, A.-Wien: Schutzmaßnahmen im Röntgenbetrieb. W. m. W., 1929, Nr. 37, S. 1175 u. Nr. 38, S. 1204.

Eingehende, gesetzlich für Österreich zu verankernde Vorschriften über Meßinstrumente, Hochspannungsleitungen und Hochspannungsschutz, über Mindestraumgrößen bei Aufstellung von Röntgenapparaten, Aufbewahrung von Filmen; ferner Vorschriften über laufende behördliche Überwachung der Einrichtung, der Betriebsführung und über Prüfung des Röntgenhilfspersonals. W. Curth-Berlin.

Taylor, L. S.: Roentgen-Ray Protection (Röntgenstrahlenschutz). J. Am. Roentgenol., Bd. 22, Nr. 1, S. 45.

Die auf dem 2. Internationalen Radiologenkongreß in Stockholm angenommenen Bestimmungen über Schutzvorrichtungen werden zum Ausgangspunkt von Einzelerörterungen über die Art und Bedeutung der verschiedenen Schutzeinrichtungen genommen. Die Ausführungen, die keine wesentlichen neuen Gesichtspunkte enthalten, betreffen den Schutz gegen Strahlung und Hochspannung. Grundsätzlich soll der Schutz gegen direkte und indirekte Strahlung gleich wirksam sein. Die Bedeutung des Schutzes gegen indirekte Strahlung wird meist unterschätzt.

Holthusen-Hamburg.

Fabry, J.-Dortmund: Soll man die Gegend der Augen Radiumstrahlen aussetzen und unter welchen Bedingungen? Med. Welt, 1929, Nr. 44, S. 1580.

Bei der starken Tiefenwirkung der Radiumstrahlen ist damit zu rechnen, daß diese ins Innere des Bulbus eintreten und auf den Sehapparat einwirken, wenn z. B. das Radiumpräparat auf das Augenlid appliziert werden muß. Trotzdem bieten sie bei bösartigen Geschwülsten und bei Lupus oft die einzige Möglichkeit zur Heilung. Am Auge sollen nur schwächere Präparate zur Verwendung kommen; Verf. rechnet dazu Blättchen von ½—2 cm im Quadrat mit 3—6 Radium-Element; die Expositionszeit sei ¼—⅓—1 Stunde. Beim Naevus flammeus ist zu berücksichtigen, daß die Affektion auch auf den Bulbus und die Augenhöhle übergreifen kann. Im übrigen leistet beim Naevus flammeus die Radiumsalbe (Degea) Ausgezeichnetes und ist bei Anwendung von schwacher Komposition (1000 Einheiten auf 1 g) und in Abständen von 6—8 Wochen unbedenklich. H. Ress-Dessau.

Digitized by Google

Spindler, H. v.-Berlin: Schädigungen durch Röntgen- und Radiumstrahlen? (Werner-Siemens-Inst. f. Röntgenforschg. im Krankenhaus Moabit.) D. m. W., 1929, Nr. 34. S. 1417.

Verf. nimmt dagegen Stellung, daß in letzter Zeit jegliche Schädigung bzw. oder etwas außergewöhnliche Krankheitsverlauf auf Schädigung durch Röntgen- oder Radiumstrahlen zurückgeführt wird und fordert strenge Kritik.

F. Harry-Wiesbaden.

Kosmetik

Richter, H.-Berlin-Wilmersdorf: Über neue Bestrebungen auf dem Gebiete ärztlicher Kosmetik. Fortschritte Ther., Jahrg. 5, H. 16, S. 527.

Verf. stellte fest, daß entsprechend den Metschnikoffschen Beobachtungen die Möglichkeit besteht, bei alternden Menschen durch Injektionen von Jungschweine-Epithel-Kaninchenserum eine Regeneration der Haut hervorzurufen. Besonders wichtig ist, daß sich experimentell eine erhebliche Zunahme der oft im Alter völlig sistierenden Mitosenbildung nachweisen ließ. Solches Serum wird fabrikmäßig von der Firma „Labopharma" unter dem Namen „Novipithel" hergestellt. Verf. hat dieses Serum (Ampullen zu 1 ccm) etwa 12 Patientinnen mit alternder Haut injiziert und gute Erfolge gesehen. Wichtig ist, um lokale Reaktionen zu vermeiden, eine lege artis ausgeführte intramuskuläre Injektion. Natürlich sind meist viele Injektionen (bis 50) erforderlich. Daneben empfiehlt sich, 3mal täglich Novipitheltabletten peroral nehmen zu lassen. Neben genannter Epithelregenerierung alternder Haut beobachtete Verf. schnellere Heilung von Dermatosen, bei denen eine Schädigung des Epithels im Vordergrund steht (z. B. Ulcera cruris, nässende Ekzeme, Dekubitalgeschwüre).

H. Colman-Berlin.

Schlesinger-Wiesbaden: Über Gesichtsplastiken. D. m. W., 1929, Nr. 36, S. 1512.

Verf. bevorzugt die Schnittführung nach Joseph (Streifenexzision vor dem Ohr und Dreiecke vor dem oberen und hinter dem unteren Ohrmuschelansatz), bei der der obere und untere Teil der Z-förmigen Narbe verdeckt wird. Der mittlere Teil fällt in die schon normalerweise vor dem Ohr befindliche Falte und kann bei Damen durch die Frisur unsichtbar gemacht werden. Wichtig für das Dauerresultat ist, daß die Haut nach vorn und unten weitgehend mobilisiert wird, da man erst dann einen Überblick hat, wieviel Haut entfernt werden kann. Zur Naht empfiehlt Verf. starke Katgutfäden, ferner zur größeren Sicherheit feinste Seidenfäden. Zur weiteren Sicherheit dient der Verband (Heftpflasterstreifen), der in Zugrichtung angelegt, die Spannung verringert.

F. Harry-Wiesbaden.

Halla, F.-Wien: Die Beseitigung der Altersfalten im Gesicht. D. m. W., 1929, Nr. 30. S. 1262.

Verf. verwirft sämtliche chirurgischen Methoden zur Beseitigung der Altersfalten und empfiehlt nur die konservative Therapie, insbesondere die funktionsregulierende Diathermie.

F. Harry-Wiesbaden.

Stern, C.-Düsseldorf: Dermatose nach arsenhaltigen „Schönheitspillen". D. m. W., 1929, Nr. 38, S. 1592.

Nach Genuß von arsenhaltigen Schönheitspillen zeigten sich am ganzen Körper, besonders an den Unterarmen, verschieden große, bräunliche, wenig schuppende, scharf gedellte Herde, teils gruppenweise, teils vereinzelt. Jucken fehlte völlig. Therapie mit Salvarsan — es wurde Lues angenommen — verstärkte die Hauterscheinungen.

F. Harry-Wiesbaden.

Zirkulationsstörungen und Hämorrhagien

Baertblein, K.: Über die Bakterienflora des Ulcus cruris varicosum. Zbl. Bakt., 1929, Bd. 114, H. 1/2, S. 1.

In 320 geprüften Fällen waren die Wunden durch sehr verschiedenartige Keime infiziert. Am häufigsten (308mal) wurden Staphylokokken gefunden, dann Diphtheriebazillen (178mal), Bact. coli, Bact. mucos. Perez, Bact. coli mutabile und Bact.-coli-ähnliche Farbstoffbildner in 98 Fällen, Streptokokken in 66, Bact. proteus in 25, Bact. pyocyaneum in 22, Bact. faecalis alcaligenes in 4, Spirochäten, fusiforme Stäbchen, Hefe in 3, Pneumokokken, Bact. prodigiosum und Sarcine in je 1 Fall. Entsprechend ihrer Bakterienflora wiesen die Ulzera im einzelnen ein ziemlich stark

Digitized by Google

voneinander abweichendes Bild auf. Auch die Therapie konnte nicht einheitlich sein. Neben der üblichen antiseptischen Behandlung mußte verschiedentlich, namentlich bei Di-Infektion, Autovakzinebehandlung angewendet werden, um die Ulzera zur Ausheilung zu bringen. F. Harry-Wiesbaden.

Immel, F.-Darmstadt: Die Behandlung der Varizen mittels intravenöser Injektion. Med. Welt, 1929, Nr. 38, S. 1364.

Die von Linser eingeführte 1%ige Sublimatlösung ist wegen der hohen Giftigkeit allgemein verlassen; die hochprozentige Kochsalzlösung verursacht beim Eindringen in perivenöses Gewebe schmerzhafte Nekrosen. Als bestes Mittel zur Vermeidung empfiehlt Verf. die hochprozentige Traubenzuckerlösung, die keine Nekrosen und weniger Krämpfe bei der Injektion verursacht. Varikokalorose (Chem. Fabrik Güstrow) ist eine gebrauchsfertige sterile 60%ige Invertzuckerlösung, die sich bewährt hat. Injektionen über der Tibiakante, über der Patella, über den Malleolen sowie am Fußrücken sind zu vermeiden, da es an diesen muskellosen Stellen leicht zu Nachblutungen ins perivenöse Gewebe kommt. Ein sicherer Verschluß des Stichkanals durch langanhaltende Kompression ist unbedingt erforderlich.

H. Ress-Dessau.

Kern, H. M., u. L. W. Angle-Baltimore: The Chemical Obliteration of Varicose Veins: A Clinical and Experimental Study (Die chemische Obliteration der varikösen Venen. Eine klinische und experimentelle Studie). J. Am. m. Ass., Bd. 93, Nr. 8, S. 595.

Versuche an Hunden mit Untersuchung der durch die Injektionen verursachten Verschlüsse. Beschreibung der Technik. Die Verfasser behandelten 651 Injektionen 104 Fälle. Bei allen führte der Eingriff zur Obliteration der Venen, bei 2 Patienten mit besonders dilatierten Venen waren allerdings 25 resp. 27 Einspritzungen erforderlich. Die Injektionsbehandlung ist die Methode der Wahl gegenüber der operativen Behandlung, sowohl vom Standpunkte der Gefährlichkeit wie von dem der Zeitdauer aus. Folgende 4 Kontraindikationen werden aufgestellt: 1. aktive oder latente Phlebitis, 2. Obstruktion tiefer Venen, 3. arterielle Erkrankungen an den Extremitäten (Raynaudsche Krankheit und Thrombo-Angiitis), 4. Herzkrankheiten. Schwangerschaft als solche ist keine Kontraindikation, aber da die Varizen sich oft nach der Geburt erheblich bessern, wartet man zweckmäßiger. Als Injektionsmittel ist eine Mischung von 50%iger Dextrose und 30%iger Kochsalzlösung zu empfehlen. Die Injektionen sollen in horizontaler Lage erfolgen. Wenn die Vena saphena interna über und oberhalb des Knies varikös ist, soll die Obliteration so hoch wie möglich erfolgen, um die Heilung der Varizen des Beines sicherzustellen. Bei sorgfältiger Operation mit völligem Verständnis der Gefäßbedingungen ist der Eingriff kaum mit Gefahr verbunden. F. Juliusberg-Braunschweig.

Payne, R. T.: Hunterian Lecture on the Treatment of Varicose Veins and Varicose Ulcers by Injection (Über die Behandlung von Varizen und varikösen Ulcera durch Injektionen). Lancet, 1929, Nr. 5529, S. 313.

Verf. erörtert den paradoxen Blutstrom in der Vena saphena magna, welcher bei Patienten mit positivem Trendelenburgschen Phänomen bei vertikaler Stellung des Beines zentrifugal ist, während er bei Erhebung des Beines auf oder über 45° entweder stagniert oder zentripetal gerichtet ist (Magnus). Bei allen besprochenen Fällen, von denen 50% chirurgischer Behandlung nicht mehr zugänglich waren, wurden Injektionen mit einer Chinin- (4,0) Urethan- (2,0) Lösung in Aqua dest. (30,0) angewandt. Bei Überempfindlichkeit gegen Chinin wurde Salizylnatrium angewandt. Verf. rät zu steigenden Dosen, anfangs 0,5 ccm, später 2,0 ccm, nie mehr als 4,0 ccm. Die Behandlung wurde ambulant durchgeführt; von den 206 behandelten Fällen wurden 140 vollständig geheilt, Todesfälle sind nicht erfolgt. Auch die Resultate der Behandlung bei varikösen Ulzera sind die denkbar besten. Kontraindikationen: Thrombosen tiefer Venen (Phlegmosia alba dolens), akute Phlebitis, abdominelle Tumoren, Herz- und Gefäßerkrankungen. P. Seier-Heidelberg.

Kofmann-Odessa: Über die Behandlung einiger mit dem varikösen Symptomenkomplex in Zusammenhang stehender Dermatosen mit intravenösen Injektionen von salizylsaurem Natrium. Wratschebnaja Gaseta, 1929, Nr. 16.

Verf. sah bei Ekzemen, Unterschenkelgeschwüren, Schwellungen der Unterschenkel infolge von Varizen, wie bei erweiterten Venen noch ohne Komplikationen entschiedene Besserungen, ja Heilungen durch Injektion von 3—4 ccm einer 40%igen Lösung von salizylsaurem Natrium in die betreffende Vene. Vor allem kam es

Digitized by Google

chwinden der lästigen subjektiven Empfindungen, aber auch in anderen Fällen zur usbreitung des Ekzems und der Geschwüre, wie zur Sklerosierung der Venen.
A. Jordan-Moskau.

Wreszynski, E.-Berlin: Bemerkung zu dem Fall von multipler Hautnekrose d Eczema cruris nach Krampfaderverödung mit Varikophtin. Schlußwort zu rstehendem Artikel von K. Hesse-Berlin. Med. Kl., 1929, Nr. 40, S. 1546.

Die von Hesse in ihrer Selbstbeobachtung mitgeteilten Komplikationen führt . auf das dem Varikophtin zugesetzte — nicht bekannte — Anästhetikum, die zu oße Flüssigkeitsmenge und die Vornahme der Einspritzung am hängenden Bein ne Abstauung nach unten zurück. Im allgemeinen genügen 1—2 ccm zur Ver- ung größerer Varizenpartien. Gerade bei der bei der Patientin bestehenden Neigung vermehrter Durchlässigkeit der Gefäße wären kleine Mengen, außerdem auch er Kalorose empfehlenswert gewesen. H. glaubt nicht, daß das ihr von der Fabrik nannte Anästhetikum Schuld hatte. E. Levin-Berlin.

Theis, F. V.-Chicago: Varicose Vein Occluder in the Injection Treatment of aricose Veins (Der Varikoklusor bei der Injektionsbehandlung variköser Venen). J. . m. Ass., 1929, Bd. 93, Nr. 18, S. 1382.

Beschreibung der Behandlung variköser Venen mit dem von Korsche (W. W., S. 1025 und W. m. W., 1928, S. 1125) empfohlenen „Varikoklusor". Das strument ist ein ovaler Metallring mit einem Bügel als Handhabe. Bezüglich der chnik sei auf die Arbeiten Korsches hingewiesen (s. diese Wschr., 1929, Bd. 88, 1141). F. Juliusberg-Braunschweig.

Kühnau, W.-Breslau: Tödliche Embolie nach Krampfaderverödung durch travenöse Injektion. (Augusta-Hospital, Abt. f. inn. Krankh.) Zbl. f. Chir., 1929, . 41, S. 2580.

Nach einer intravenösen Injektion eines thrombosierenden Mittels, das der Pat. ht angeben kann (er wurde anderwärts gespritzt und ging nach 4 Tagen, da ihm honung auf seine Anfrage als nicht notwendig erklärt wurde, ins Gebirge), trat e sich rasch ausbreitende aufsteigende Thrombose auf, die zu einer zweimaligen ngenembolie und im Anschluß an die zweite ad exitum führte. Verf. hält auf und dieser Beobachtung das ganze Verfahren für gefährlich und glaubt, daß auch derwärts unerwünschte Zwischenfälle vorgekommen sind.
Fr. Ortmann-Magdeburg.

Rosling, E. (Dänemark): Über hereditäre hämorrhagische Diathesen. Act. d. Scand., Bd. 72, H. 2, S. 104.

Bei einem 20jähr. Mädchen bestand seit frühester Kindheit Neigung zu Zahn- isch-blutungen; mehrmals die Woche erwachte sie morgens den Mund voll Blut; ch ganz leichten Traumen zeigen sich Blutungen unter der Haut. Großmutter, tter und zwei Tanten leiden an derselben Krankheit; eine Schwester ist 17jährig Verblutung gestorben. Thrombopenie nicht nachweisbar; die Blutungszeit war r verlängert, die Gerinnungszeit normal. Fr. Rosenthal-Berlin.

Urtikaria und Erytheme

Bory, L.: Sur un cas d'urticaire chronique (Über einen Fall chronischer Urti- ria). Progr. Méd., 1929, Nr. 43, S. 1799.

Bei zu Urtikaria neigenden Personen handelt es sich um eine polyvalente Sen- ibilisierung, bei der zeitweise oder dauernd vorhandene Insuffizienzzustände des rganismus zur Resorption ungenügend abgebauter Produkte führen. In einem Falle ronischer Urtikaria konnten Askariden, Leberinsuffizienz, geringe Blutdruck- igerung, chronische Appendizitis nachgewiesen werden. Behandlung: Abführ- ittel, Xylol (als Wurmmittel), Appendektomie, Mineralwässer; äußerlich anti- uriginöse Mittel (Menthol, Karbolsäure, Kampfer, Eukalyptol).
E. Levin-Berlin.

Götz, A.-Werneuchen: Generalisierte Urtikaria. D. m. W., 1929, Nr. 44, S. 1837.

Bericht über 2 Fälle; der eine bei einem 20jährigen Patienten, der nach Bienen- ich an Erbrechen und generalisierter Urtikaria erkrankte. Pat. erhielt Ephetonin- bletten mit der Weisung, diese sofort nach einer Stichverletzung einzunehmen; nige Tage später wurde der Patient wiederum gestochen, nahm Ephetonin; die eneralisierung blieb aus, ebenso das Erbrechen. Im 2. Fall wurde eine diffuse ötung der Haut des ganzen Körpers beobachtet, außerdem Ödeme, besonders im

Digitized by Google

Gesicht, Fieber über 39°, Glottisödem und Herzschwäche mit Kollapserscheinungen. Nach einer zweiten Stichverletzung stellten sich wiederum Rötung des ganzen Körpers, insbesondere auch Glottisödem ein. Heilung in kurzer Zeit nach Ephedralininjektion. F. Harry-Wiesbaden.

Vallery-Radot, P., u. L. Rouquès: L'urticaire par le froid (Die Kälteurtikaria) Paris Méd., 1929, Nr, 43, S. 365.

Kälteurtikaria kann auftreten, wenn der ganze Körper einer besonders niedrigen Temperatur ausgesetzt war oder eine solche auf einen einzelnen Körperteil eingewirkt hatte, im ersteren Falle an nicht oder leicht bekleideten Stellen. Im allgemeinen gehen die Erscheinungen schnell vorüber, die betroffenen Hautstellen sind oft für eine gewisse Zeit vor neuen Ausbrüchen geschützt. Allgemeinerscheinungen, Asthma, krampfartiger Schnupfen können sich mit Urtikaria verbinden. Die Entstehung der Kälteurtikaria ist teils durch vasomotorische Störungen zu erklären, teils durch einer hämoklassischen Krise entsprechende Erscheinungen. Therapeutisch hat man von Adrenalin gute Erfolge gesehen. E. Levin-Berlin.

Perutz, A., S. Brügel u. R. Grünfeld-Wien: Zur Pathogenese der Kälteurtikaria. (Ambulator. f. Haut- u. Geschlechtskrkh. d Arbeiterkrankenkasse.) Kl. W., 1929 Nr. 43. S. 1999.

Verff. lehnen es ab, die Urticaria e frigore (oder wenigstens die beiden von ihnen geprüften Fälle) als allergische Dermatose aufzufassen; sie sei vielmehr auf eine Übererregbarkeit der Kältenerven zurückzuführen, weil auch ein inäquates Kälteorgan erregendes Mittel, wie Menthol, bei solchen Personen urtikarielle Reaktionen auszulösen vermöge. Frei-Berlin.

Boddin, M.-Berlin: Nachuntersuchungen von Kindern mit Erythema nodosum und Tuberkuloseinfektion. Spontane Rückbildung von Lungeninfiltraten bei Erythema nodosum. (Univ.-Kinderkl.) Mschr. f. Kinderhlk., Bd. 43, H. 6. S. 535

Erythema nodosum findet sich auffallend häufig bei tuberkulösen Kindern. Systematische Röntgendurchleuchtungen bei diesen zeigten fast gesetzmäßig ausgedehntere peribilöse Infiltrationen, die ohne Fieber und Allgemeinerscheinungen über Jahre hin bestanden und allmählich ohne Narbenbildung zurückgingen. Eine stärkere Aktivierung des tuberkulösen Lungenprozesses durch Erythema nodosum wurde nie beobachtet. R. Ley-Kreuznach.

Herpes

Heuer, G.-Berlin-Dahlem: Widersteht Herpesvirus der Austrocknung? (Bakt. Abt. d. bakter. Labor. d. Reichsgesundheitsamtes.) Zbl. f. Bakt., Bd. 113. H. 5/6. S. 3[illegible]

Herpesvirus ist gegenüber Austrocknung sehr resistent. In getrockneter Hornsubstanz bewahrt es monatelang seine Virulenz. Es kommt auch zu keiner erkennbaren Abschwächung des Virus. F. Harry-Wiesbaden.

Gildemeister, E., E. Haagen u. L. Scheele-Berlin-Dahlem: Über das Verhalten des Herpesvirus in der Gewebekultur. (Zellforschgs. Labor. u. Bakter. Labor. u. bakter. Abt. d. Reichsgesundheitsamtes.) Zbl. f. Bakt., Bd. 114. H. 4/6. S. 309.

Es gelang, das Herpesvirus (Basel III) in der Gewebekultur bis zur 22. Passage fortzuzüchten; die Dauerkultivierung des Herpesvirus außerhalb des Organismus ist somit als bewiesen gelten. F. Harry-Wiesbaden.

Baló, J.-Budapest: Über die Virulenzänderung des Herpesvirus unter der Einwirkung verschiedener Bakterien. (I. Path.-Anat. Inst. d. Kgl. ung. Pázmány Peter-Univ.) Zschr. f. Hyg., Bd. 110. H. 3. S. 599.

Gehirnstückchen an Herpesenzephalitis zugrunde gegangener Kaninchen wurden zerrieben, flüssigen Kulturen verschiedener Bakterien zugesetzt, eine Zeitlang bei 37° C belassen, mit diesem Material weitere Kaninchen korneal geimpft; als Maß der Virulenz diente die Prozentzahl der an Enzephalitis zugrunde gegangenen Tiere. Es ergab sich, daß eine Anzahl von Bakterien, wie Meningokokkus, Influenzabazillus, Staphylokokkus, das Kolibakterium sowie der Streptokokkus Dochez die Kaninchenmortalität erhöht. B. proteus vulgaris, B. typhi vermindern diese, während andere wie Pneumokokkus, Pneumobazillus, Sarcina lutea, sie unbeeinflußt lassen. Der Autor folgert, daß bei Ansteckung mit epidemischer Enzephalitis die Bakterienflora des Mundes eine große Rolle spiele. E. Fischer-Prag.

Bourgin, P.: Un cas de zona varicelleux (Ein Fall von Zoster varicellosus) Paris Méd., 1929, Nr. 46. S. 443.

Ausgedehnter Zoster bei der Mutter, 10 Tage später Varizellen bei ihrem Kind.

Digitized by Google

tigen und nach weiteren 5 Tagen bei ihrem 4jährigen Kinde. Beobachtung in nem abgeschlossenen Gebiete in Tonkin; keine Fälle von Variola, Varizellen, Vakne, Alastrim. Es kommt für die Entstehung der Varizellen nur der Zoster der utter in Frage. E. Levin-Berlin.

Dietl, K.-Perchtoldsdorf bei Wien: Herpes zoster nach überstandenen Varilen. (Niederösterreich. Landeskrankenhaus Schwedenstift.) W. kl. W., 1929, Nr. 33, 1078.

13jähr. Knabe, der nach Angabe seines Vaters bereits eine derartige Erkrang durchmachte, erkrankt an Varizellen und 14 Tage darauf an typischem Herpes ster. Die Varizellen verliefen besonders leicht. In einem anderen Falle liegt ein ähr. Knabe, der ebenfalls Varizellen gehabt hatte, in einem Krankenzimmer, in m sich vier andere Kinder an einem fünften infizierten. Das Kind selbst bekommt ch gleicher Inkubationszeit einen Herpes zoster der rechten Subaxillargegend. Verf. gert aus diesen Beobachtungen, daß das Überstehen einer Varizelleninfektion ein- l keine absolute Immunität, andererseits aber eine Allergie erzeugt, infolge deren r Körper — durch das gleiche Virus infiziert — an einem Herpes zoster erkrankt, er aber, wenn es noch einmal Varizellen bekommt, diese Erkrankung besonders cht durchmacht. H. Colman-Berlin.

Jenner-Frankfurt a. d. Oder: Herpes linguae und Gastritis chronica ulcerosa. m W., 1929, Nr. 43, S 1802.

Verf. teilt einen hartnäckigen Fall von Herpes linguae mit, bei dem die gastropische Untersuchung eine Gastritis chronica ulcerosa aufdeckte. Da die Herpesandlung hartnäckig jeder Therapie trotzte, wurde später nur eine Behandlung der agenerkrankung durchgeführt; nach deren Abklingen heilte auch der Herpes. Zur ärung der Frage des Zusammenhanges von Herpes linguae und Gastritis chron. sind weitere Beobachtungen nötig, ob tatsächlich stets die gleichen Veränderungen der Magenschleimhaut den Herpes auslösen. Sprafke-Chemnitz.

Gildemeister, E., u. P. Hilgers-Berlin-Dahlem: Bestehen zwischen Herpes und kzine Immunitätsbeziehungen? (Bakter. Abt. d. Reichsgesundheitsamtes.) Zbl. f. kt., Bd. 114, H. 4/6, S. 314.

Früher mitgeteilte Ergebnisse konnten erneut bestätigt werden. Bei einem erblichen Prozentsatz der Versuchstiere ruft Vakzineimmunität Schutzwirkungen genüber Herpesinfektion hervor und umgekehrt Herpesimmunität gegenüber Vakeinfektion; die Schutzwirkung ist allerdings nicht hochwertig.
F. Harry-Wiesbaden.

Pette, H.-Hamburg-Eppendorf: Experimentelle Untersuchungen zum Problem immunbiologischen Wechselbeziehungen zwischen Herpes simplex und Vakzine. niv.-Nervenkl.) Zbl. f. Bakt., Bd. 114, H. 3, S. 185.

Die Herpesenzephalitis wird in ihrem histologischen Charakter durch Vakzinan in keiner Weise verändert; die immunbiologischen Wechselbeziehungen zwischen rpes und Vakzine sind nicht erheblich. Dieses Ergebnis soll die von Gildeister und Herzberg mitgeteilten Resultate nicht beeinträchtigen, da die Verhe mit anderer Methodik gemacht wurden. F. Harry-Wiesbaden.

Keller-Heidelberg: Zur Frage der Vakzineenzephalitis. Mschr. f. Kinderhlk., 44, H. 1/6, S. 222.

Mehrere Versuchsserien von gleichwertigen Kaninchen werden teils allein mit em hochvirulenten Herpesstamm subkutan und intrakutan, endolumbal und neal, teils simultan mit Kuhpockenlymphe geimpft. Fast alle Tiere starben an ischer Enzephalitis. Beide Infektionen verliefen klinisch nahezu unbeeinflußt einander. Auch der histologische Charakter der Herpesenzephalitis wurde bei ser Doppelinfektion nicht verändert. R. Ley-Kreuznach.

Prurigo und Pruritus

Ehrenwald, H., u. H. Königstein-Wien: Klinische und experimentelle Untersuchungen über das Juckgefühl. (Psychiatr. u. Nervenkl. u. Dermatol. Abt. d. Rotenhospitals.) W. kl. W., Nr. 44, S. 1397.

Der Hautsinn besitzt keine spezifische Qualität, sondern spricht auf die verschiedenartigsten Reize an, wenn diese — an und für sich unterschwellig — durch Summation eine bestimmte Intensitätsschwelle erreicht haben. Überschreiten derselben läßt das spezifische Juckgefühl einem anderen — meist Schmerzgefühl — Platz machen. Die Zuleitungswege für die Juckempfindung prüfen Verff. an pathologischen

Digitized by Google

Fällen mit dissoziierter Sensibilitätsstörung, wobei sich herausstellte, daß zum Z standekommen der Juckempfindung eine intakte Schmerz- und Berührungsem dung vorhanden sein muß. Anderenfalls wird die Juckempfindung verändert. A Grund physiologischer Beobachtungen wird festgestellt, daß Organe, die zwar schm aber nicht berührungsempfindlich sind (Kornea, Viszera), auch kein Jucken e finden. Die rezeptiven Zentren prüften Verff. an pathologischen Fällen und fan daß bei ausgesprochenen Thalamuserkrankungen die Juckempfindung erhalten b zentrale Schmerzen hörten wenige Sekunden nach Einsetzen des Juckens auf. Kapselhemiplegien fehlte das Jucken völlig, bei kortikalen Störungen war es beeinträchtigt; bei anderen Nervenkrankheiten konnten Juckparästhesien beo werden. Genaue Lokalisierung der zentralen Juckempfindung war noch nicht m lich. Pharmakodynamisch zeigte sich, daß Paraldehyd und Brom die Juckempfin nicht herabsetzen; letzteres verlängert nur die Latenzzeit, wogegen Strychnin verkürzt, ebenso Intensität und Dauer. Luminal verlängert Latenz, verkürzt D und setzt Intensität herab. Letzteres und Nautisan sind die einzigen Mittel, d Hirnstamm und Zwischenhirn angreifend, in kleinen Dosen zentral juckst wirken. H. Colman-Berlin.

Schweitzer, A.-Fiume: Beiträge zur Behandlung juckender Dermatosen. Schweiz. m. W., 1929, Nr. 36, S. 920.

Bei den verschiedensten Formen von Pruritus bewährte sich Kalmitol d Betupfen der juckenden Stellen mit einem mit einigen Tropfen angefeuchteten W bausch. In hartnäckigen Fällen kann außerdem Kalmitolsalbe aufgetragen wer E. Levin-Berlin.

Segall, J.-Berlin: Zur Therapie juckender entzündlicher Dermatosen. M Welt, 1929, Nr. 31, S. 1109.

Gute Erfahrungen außer bei Hämorrhoiden auch bei anderen juckenden Ha erkrankungen mit Bismolansalbe (Hersteller: Vial & Uhlmann). Sprafke-Chemnitz.

Vasseur, N.: Le traitement du prurigo-strophulus (Die Behandlung des S phulus). J. de Méd. de Paris, 1929, Nr. 44, S. 921.

Der Strophulus beruht auf mangelhafter Ernährung und einem disponi Terrain. Diätetisch kommt gemischte Nahrung (Proteine, Fett, Kohlehydrate, M ralsalze) in richtigem Verhältnis in Betracht. Vor allem müssen Darmgärungen anaphylaktische Reaktionen vermieden werden; gerade die stickstoffreichsten G werden erfahrungsgemäß am schlechtesten vertragen, und das entstehende Defizit durch tierisches Eiweiß gedeckt werden. Anti-anaphylaktisch behandelt man intestinale oder subkutane Desensibilisierung, Darreichung von Pepton vor den M zeiten, Eigenblutbehandlung, intravenöse Einspritzungen von Natriumhyposulfit chlorat. Zur Anregung der oft ungenügenden Leberfunktion Kalomel. Organe können unterstützend wirken. Infektiöse Zustände (kongenitale Syphilis), P parasiten bedürfen besonderer Behandlung; für Aufenthalt in guter Luft, S (künstlicher Höhensonne) ist zu sorgen; Klimawechsel wirkt oft günstig. E. Levin-Berlin.

Tagesgeschichtliche Nachrichten

Gewählt: Proff. Albert Jesionek-Gießen, Erhard Riecke-Göttingen, K Zieler-Würzburg, Rudolf Matzenauer-Graz, Karl Kreibich-Prag, Dr. Mac Ke York zu Ehrenmitgliedern, Proff. Max Frey-Würzburg, Bruno Bloch-Zürich, Sa Mendes da Costa-Amsterdam, Jay Frank Schamberg-Philadelphia, Charles J. W Boston und Sir Aldo Castellani-London zu korrespondierenden Mitgliedern der W Dermatologischen Gesellschaft.

Gestorben: San.-Rat Dr. Edmund Saalfeld in Berlin. R

Nachdruck (auch des Abschnittes „Tagesg. Nachr.") ist ohne Genehmigung des Verl nicht erlaubt

Verantwortlich für die Redaktion: für Originalabhandlungen und T.N.: Prof. Dr. J. H. Leipzig. Für den Referatenteil: Dr. Fritz Callomon, Dessau

Digitized by Google

Dermatologische Wochenschrift

r. 14 (Bd. 90) 5. April 1930

us der Dermatologischen Klinik (Vorstand: Prof. C. KREIBICH) und dem Pharmakologisch-Pharmakognostischen Institut (Vorstand: Prof. E. STARKENSTEIN) der Deutschen Universität in Prag

Über einen Fall von Ratanhiadermatitis (Idiosynkrasie gegen Ratanhiagerbsäure)

Von

Dr. R. LEWITH und Priv.-Doz. Dr. H. LANGECKER

Daß Entzündung der Mundschleimhaut und von da aus fortgeleitetes erirorales Ekzem durch Mundwasser und verschiedene Zahnpasten verrsacht werden können, ist allgemein bekannt. Daß aber Tinctura Ratanhiae, ein Medikament, welches sonst zur Bekämpfung entzündlicher Mundschleimhautprozesse verwendet wird, zu Haut- und Schleimhautveränderungen führt, ist eine große Seltenheit. Aus diesem Grunde erscheint die Veröffentlichung nachstehender Beobachtung berechtigt:

Ein 33jähr. Bäckergehilfe wurde am 6. IV. 1929 auf die interne Klinik Prof. SCHMIDTS wegen Skorbut aufgenommen[1]). Therapie: Zitronensaft und gegen die bestehende Gingivitis Pinselung des Zahnfleisches mit einem Tinkturengemisch, bestehend aus Tinctura Ratanhiae, Tinctura Gallarum āā und dazu einige Tropfen Tinctura Opii camphorata, weiter Gurgeln mit einer 3%igen H_2O_2-Lösung. Zur Zahn- und Mundpflege Leitungswasser. Am 4. Tage nach Einleitung obiger Therapie wurde Schwellung der Ober- und Unterlippe und der infolge von Skorbut schon entzündeten Gingivalschleimhaut beobachtet. Einen Tag später Auftreten eines perioralen Knötchenekzems vorwiegend links, das sich langsam auf die ganze linke Gesichtshälfte ausbreitete und zu einem Ödem des linken Ober- und Unterlides führte.

Trotz Angabe des Patienten, daß ihm vor 3 Jahren an einer anderen Klinik, ebenfalls wegen Skorbut, dieselben Medikamente verordnet worden waren und er damals keine Hautkrankheit bekam, mußte man doch an eines der verordneten Medikamente als Auslösungsursache der Hautaffektion denken. Um den Beweis hierfür zu erbringen, wurde mit allen verordneten Mitteln die Kutanprobe nach BLOCH-JADASSOHN am Rücken des Patienten und gleichzeitig Kontrollproben an anderen Patienten durchgeführt. Schon nach 24 Stunden ergab die Kutanprobe mit dem Tinkturengemisch ein positives Resultat (Knötchenekzem), hingegen blieben die Proben mit Zitronensaft, 3%iges H_2O_2 und Leitungswasser, sowie sämtliche Versuche an Kontrollpatienten auch nach 48 Stunden negativ. (Technik der Kutanprobe: Ohne Skarifikation der Haut wurde ein Leinwandläppchen mit dem entsprechenden Medikament durchtränkt, dieses mit einem etwas größeren Stückchen Billrothbatist bedeckt und mit Mastisolverband befestigt.) Nachprüfungen obigen Befundes ergaben dasselbe Resultat.

Um festzustellen, welche Komponente des Tinkturengemisches die positive Reaktion bewirkte, wurden Kutanproben mit den einzelnen Bestandteilen des Gemisches durchgeführt, also je ein Läppchen mit Tinctura Ratanhiae, Gallarum und Opii, weiter mit Spiritus vini aufgelegt. Positiv war nur die Kutanprobe mit Tinctura Ratanhiae, alle anderen Hauttests und Kontrollproben bei anderen Patienten blieben negativ.

[1]) Vorgestellt in der Sitzung der Deutschen Dermat. Ges. in der tschechoslow. Republik am 20. IV. 1929 von R. LEWITH.

Digitized by Google

Auf Grund dieser Untersuchungen konnte eine Überempfindlichkeit des Patienten gegen Tinctura Ratanhiae angenommen werden, durch die das Gesichtsekzem und die Entzündung der Mundschleimhaut hervorgerufen wurden. Anscheinend handelt es sich um eine **erworbene** Idiosynkrasie, denn — wenn man sich auf die Angaben des Patienten verlassen kann — entstanden nach Verwendung von Tinctura Ratanhiae vor 3 Jahren keine Hautveränderungen. Um festzustellen, ob das Mittel, intern verabreicht, irgend welche Symptome verursacht, wurde Tinctura Ratanhiae an drei aufeinander folgenden Tagen (um ein Larynx- oder Pharynxödem zu umgehen in Gelatinekapseln [Capsulae operculatae]), und zwar am ersten Tage 15, dann 20 und 25 Tropfen gegeben, ohne daß dadurch die geringsten Haut- bezw. internen Veränderungen hervorgerufen wurden. Um zu untersuchen, ob es sich um eine mono- oder polyvalente Idiosynkrasie handelt, wurden Kutanproben mit Primelblättern, Jodtinktur, 33%iger Hg-Salbe, 25%iger Chininsalbe durchgeführt; alle diese Proben fielen negativ aus. Auch der Praussnitz-Küstnersche Übertragungsversuch verlief negativ.

Zu erwähnen wäre noch, daß das Ekzem und die Entzündung der Mund- und Lippenschleimhaut nach 3 Wochen abgeklungen waren. Als man 4 Tage später ein Ratanhialäppchen auf den Rücken applizierte, trat nach weiteren 48 Stunden, also auf der Höhe der Kutanprobe, wieder ein Erythem und Ödem der linken Gesichtshälfte und gleichzeitig Schwellung der Lippen auf, welche Symptome aber nach Entfernung des Ratanhialäppchens von der Haut rasch schwanden. Bei späteren Proben (nach 7—14 Tagen und darüber hinaus) konnte diese **Fernreaktion** nicht mehr beobachtet werden.

Zur Aufklärung der Frage, welchem Bestandteile der Ratanhiatinktur die klinisch beobachtete Wirkung zuzuschreiben ist, wurden aus der Tinktur einzelne Fraktionen hergestellt und auf ihre Wirkung untersucht. Ferner wurden auch die als Spaltprodukte der Ratanhiagerbsäure bekannten einfachen Körper, und schließlich eine Reihe anderer Gerbsäuren ebenfalls klinisch geprüft.

Die Ratanhiatinktur ist ein 20gewichtsprozentiger alkoholischer Extrakt (mit 70% Alkohol hergestellt) aus dem Ratanhiawurzelpulver, der durch adstringierenden Geschmack und die Eigenschaft ausgezeichnet ist, mit Eisensalzen eine grüne Färbung zu geben. Der Hauptbestandteil der Ratanhiatinktur ist ein Gerbstoff.

Gerbstoffe sind bekanntlich stickstofffreie, amorphe Verbindungen, die im Pflanzenreiche häufig vorkommen. Sie sind wasser- und alkohollöslich, haben einen adstringierenden Geschmack, geben gefärbte Eisensalze, fällen Eiweiß- und in bestimmten Konzentrationen auch Alkaloidlösungen. Ihrer chemischen Struktur nach sind sie vielwertige Phenolsäuren, bekanntlich hoch aktive Körper. Die Gerbstoffe geben bei der trockenen Destillation Brenzkatechin und Pyrogallol, bei der Kalischmelze Phlorogluzin und Protokatechusäure. Beim Kochen mit Alkali oder Säuren geben die meisten Gerbstoffe neben Zucker Phlobaphene, sog. „Rote", die sich aber auch im Pflanzenreich offenbar infolge enzymatischer Spaltung als Inhaltsstoffe normalerweise vorfinden und andererseits sehr reichlich postmortal in der Pflanze als Membranphlobaphene entstehen.

Der in der Ratanhiatinktur vorkommende Gerbstoff, die Ratanhiagerb-

Digitized by Google

äure, stammt aus dem Rindenparenchym von Krameria triandra, einer in Brasilien und Peru einheimischen Leguminose. Der Chemismus der Ratanhiagerbsäure ist noch nicht genügend geklärt. Sie gibt ein grünes Eisensalz, wird beim Kochen mit Säure in Glukose und in ein Aglykon, das sogenannte Ratanhiarot, gespalten. Bei der Kalischmelze entsteht Phlorogluzin und Protokatechusäure (Grabowski), bei der trockenen Destillation Brenzkatechin (Eissfeldt). Die von Peschier als Spaltprodukt der Ratanhiagerbsäure beschriebene Kramersäure von Wittstein für Tyrosinschwefelsäure, von Städler und Hlasiwetz für Sulfophloraminsäure, einem Phlorhizinabkömmling gehalten, wird von anderen Autoren abgelehnt.

Es gibt viele Klassifizierungen der Gerbsäuren, von denen hier nur zwei berücksichtigt seien. Nach der Deckerschen Einteilung gehört die Ratanhiagerbsäure in der Gruppe der Tannide zu den an Phlobaphenen besonders reichen Eichenrindengerbsäuren. Nach der Kobertschen Einteilung (auf Grund der Agglutinationsgrenze für Hammelbluterythrozyten) zählt die Ratanhiagerbsäure zu der 2. Klasse, die eine Wirkungsgrenze von 1 : 500 im Agglutinationsversuch hat. Sie steht chemisch am nächsten der Tormentillrinden- und Kastanienrindengerbsäure.

Für die Fraktionierung wurde die Ratanhiatinktur nach Entfernen des Alkohols in Wasser aufgenommen. Dabei blieb ein großer Teil ungelöst. Im klinischen Versuch erwies sich sowohl der wasserlösliche (wenn auch schwächer) als auch der wasserunlösliche Anteil wirksam. Es wurde daher die in Wasser übergeführte Tinktur ohne Abtrennung des wasserunlöslichen Anteils mit Ammonsulfat bei Ganzsättigung ausgesalzen. Das Aussalzfiltrat (nach Entfernung des Salzes durch Alkohol) war im klinischen Versuch unwirksam. Wurde der Aussalzniederschlag einer Säurehydrolyse unterzogen, so blieb die Wirkung unbeeinflußt. Ferner wurde die in Wasser übergeführte Tinktur mit Mineralsäure ausgefällt. Das Säurefiltrat war unwirksam. Schließlich wurde die Tinktur noch mit Bleiazetat ausgefällt, ohne daß dadurch eine Trennung in eine wirksame und unwirksame Fraktion erzielt werden konnte.

Das Ergebnis der Fraktionierungsversuche läßt sich dahin zusammenfassen, daß die Wirksamkeit in dem aussalzbaren Anteil der Tinktur enthalten ist. Die Säurehydrolyse dieses Anteils läßt die Wirkung unbeeinflußt. Die wirksame Fraktion ist auch durch Mineralsäuren fällbar. Es ist daher die Wirksamkeit an den aussalzbaren, hydrolysierbaren und säurefällbaren Anteil der Tinktur gebunden. Die Wirkung kommt demnach der Ratanhiagerbsäure und ihrem Aglykon, dem Ratanhiarot zu. Wir wissen ja auch von anderen spezifisch wirksamen Glykosiden (Digitalisglykosiden), daß ihre Wirkung eine Wirkung des Aglykons ist, wiewohl hier die chemische Verknüpfung mit Zucker eine Wirkungssteigerung bedeutet.

Von den einfachen Körpern, die als Muttersubstanz und Spaltprodukte der Gerbstoffe bekannt sind, wurden vergleichsweise untersucht: Brenzkatechin, Phlorogluzin, Pyrogallol, Protokatechusäure, Gallussäure, Tyrosin (siehe oben) und Phlorhizin. Die Stoffe wurden, soweit es möglich war, in 1%iger Lösung (in 70% Alkohol) verwendet, das Tyrosin als Natriumsalz in wäßriger Lösung. Keiner der genannten Stoffe erwies sich im klinischen Versuch als wirksam.

Digitized by Google

Aus der Gruppe der Eichenrindengerbsäuren wurde zum Vergleich auch noch außer Tannin, die Kastanienrinden- und Tormentillenrindengerbsäure, die Eichen- und Chinarindengerbsäure und die Gerbsäure der Filixwurzel, die der Granatrinde (der Gruppe der Ellagsäure-Tannide angehörend) und schließlich Katechu und Kino (aus der Gruppe der Protetannide) untersucht. Alle Gerbsäuren wurden analog der Herstellung der Ratanhiatinktur aus der Stammdroge als 20%ige Tinktur (mit 70% Alkohol hergestellt) gewonnen. Keine der untersuchten Tinkturen zeigte eine Wirkung.

Zusammenfassung

Es handelt sich also in unserem Falle um eine monovalente, erworbene, anscheinend nur kutane Idiosynkrasie gegen Tinctura Ratanhiae, deren Spezifität an die Ratanhiagerbsäure bzw. an das Ratanhiarot gebunden ist.

Literatur

Doerr im Handb. v. Kolle, Kraus, Uhlenhuth, 1929, Bd. 1, S. 949. — Tocrs. Zbl. f. Haut- u. Geschlechtskrkh., Bd. 17, S. 713. — Tschirsch, A., Handb. d. Pharmakognosie, 1923, Bd. 3, S. 106.

Aus der Dermatologischen Universitätsklinik Bern
(Direktor: Prof. Dr. O. Naegeli)

Die desensibilisierende Wirkung der Höhensonne als Heilfaktor bei einem Berufsekzem (Saxophondermatitis)

Von

Dr. M. Fellner

Im Nachfolgenden soll ein an der Klinik beobachteter Fall, dessen Krankheitsursache und Therapie kurz besprochen werden.

Es handelte sich um einen früher nie hautkranken Patienten, der im September 1928 die Klinik wegen eines hartnäckigen und schmerzhaften Hautleidens aufsuchte. Die Affektion bestand nach seinen Angaben seit etwa 3 Monaten und verschlimmerte sich regelmäßig und in auffallender Weise bei der Ausübung seines Berufes als Saxophonbläser. Dabei gelang es ihm festzustellen, daß nur die Berührung mit dem hölzernen Anteil des Instrumentes für ihn unzuträglich ist. Der Mann, schon seit 3 Jahren Saxophonmusiker, hatte sich zuvor über keinerlei Beschwerden zu beklagen. Trotz verschiedenster therapeutischer Maßnahmen war keine wesentliche Besserung zu erzielen. Eigentlich frei von Krankheitserscheinungen war Patient nie. Subjektiv verursachte das Leiden Juckreiz und heftiges Brennen.

Befund: An der Ober- und Unterlippe, auch auf das Lippenrot weit übergreifend, sieht man je einen etwa 1 Taler großen, unscharf begrenzten, geröteten, ödematösen, mit zahlreichen Bläschen und nässenden Stellen besetzten Krankheitsherd. Die übrige Hautoberfläche und Schleimhäute frei. Klinische Diagnose: Ober- und Unterlippenekzem. Regionäre Drüsen leicht vergrößert. Weitere Untersuchungen o. B.

Angesichts der Lokalisation der Affektion dachten wir natürlich in erster Linie an die Möglichkeit eines Mundwasserekzems. Da der Mann aber weder Mundwasser noch Zahnpasten verwendet, mußte dieser Gedanke fallen gelassen werden. So war man wohl dann mit dem Patienten in der Annahme berechtigt, daß man es hier mit einer eigenartigen Über-

Digitized by Google

mpfindlichkeit gegen das Holzmaterial, einer Schilfart, aus welcher as Instrument verfertigt wird, zu tun habe. Das Experiment und der eitere Krankheitsverlauf bestätigten diese Vermutung. Neben einer ndifferenten, antiphlogistischen Therapie wurde nämlich dem Patienten ngeraten, das Spielen für einige Zeit aufzugeben. Tatsächlich besserte ich der Krankheitszustand vollkommen. Wie er aber dann seine Musikerätigkeit wieder aufnahm, traten sofort die eingangs beschriebenen Erscheinungen in gleichem Maße und in gleicher Lokalisation wieder auf, m beim Aussetzen neuerdings vollständig zu verschwinden.

Die Hartnäckigkeit des Falles gegenüber jeder Therapie macht es rklärlich, daß man dem Manne auch vorschlug, seinen Beruf zu wechseln, ozu er sich aber aus finanziellen Gründen nicht entschließen konnte.

Nach monatelangem, wechselndem Krankheitsverlauf wurde nun eine erie von Höhensonnebestrahlungen vorgenommen, in Verfolg der in er Arbeit Naegelis „Über die Eigentümlichkeiten der Chrysarobinermatitis und Verhinderung ihres Auftretens durch U.V.-Bestrahlung" Schweiz. med. W., 30. XI. 1929, Nr. 48, S. 1197) erhobenen Befunde.

Daselbst wurde auf die „mächtige, desensibilisierende Wirkung einer orhergegangenen Höhensonnebestrahlung auf die Empfindlichkeit der Haut gegenüber einer chemisch-toxischen Substanz" hingewiesen.

Wir verabfolgten dem Patienten auf die ekzematöse Mundgegend Ultraviolettbestrahlungen von der Stärke je einer Erythemdosis in Abständen von je 8 Tagen. Jede weitere Therapie wurde während dieser Behandlung vermieden. Schon sehr bald stellte sich eine deutliche Besserung ein, indem bei Versuchen des Patienten, die berufliche Tätigkeit wieder aufzunehmen, keine so stürmischen Erscheinungen mehr auftraten wie zuvor. Von der dritten Bestrahlung an wurde die Erträglichkeit bereits so gut, daß der Kontakt mit dem Holzstück des Blasinstrumentes ihn nicht mehr zur Untätigkeit zwang. Wir hielten es indessen für ratsamer, die Bestrahlungen fortzusetzen. Dabei erzielten wir einen durchschlagenden Erfolg. Seit August 1929, jetzt also seit mehr als 5 Monaten, ist Patient völlig symptomlos trotz regelmäßiger Arbeit.

Wie lange der Effekt anhalten wird, läßt sich zwar nicht voraussagen. Es ist wohl möglich, daß ähnlich wie beim Chrysarobinversuch die Empfindlichkeit nach Wochen oder Monaten sich wieder manifestiert. Aber es ist immerhin als ein Erfolg zu buchen, daß dem Kranken eine Berufsänderung vorläufig erspart bleiben konnte.

Die Überempfindlichkeit scheint bei unserem Patienten eine regionäre gewesen zu sein. Kontakt mit dem schädlichen Agens an anderer Stelle des Integuments führte zu keinerlei Veränderungen. Das zu Staub verarbeitete Holz wurde zwecks Reizversuchen auf die mit Wasser befeuchtete Rückenhaut aufgelegt. Nach einer Einwirkung von 12 und 24 Stunden war die Haut jedoch reaktionslos geblieben.

In ähnlicher Weise ausgeführte Versuche mit Schilfrohrstaub, der über eine Woche in physiologische NaCl-Lösung gebracht worden war, sowie mit einem alkoholischen Extrakt des Schilfrohrs ergaben das gleiche Resultat.

Man wird wohl neben der lokalen Sensibilisierung durch den über Jahre immer wiederholten Kontakt mit der Causa nocens auch in Er-

Digitized by Google

wägung ziehen müssen, ob durch die Berührung des Holzes mit dem Speichel eine besondere chemische Verbindung entstanden sein könnte, mit der wir in unseren Experimenten nicht arbeiteten. Aber die Erklärung des Ergebnisses als zirkumskripte erworbene Überempfindlichkeit ist ja hinreichend.

Die Beobachtung scheint uns beachtenswert zu sein, weil sie einen neuen, praktisch wertvollen Beweis von der desensibilisierenden Wirkung des U.V. gegen eine durch ein chemisches Agens — ganz ähnlich wie beim Chrysarobin — verursachte Dermatose darstellt.

Es soll aber daraus nicht etwa der Schluß gezogen werden, wir vertreten die Ansicht, daß man es hier mit einem Gesetz zu tun habe, das allgemeine Gültigkeit habe. Vielmehr scheint sich die Desensibilisierung durch U.V. nur auf wenige Substanzen zu beziehen. Sonst wäre diese Eigenschaft des U.V. doch wohl schon längst aufgefallen, obschon der Dermatologe bei stärker entzündlichen Hautkrankheiten sich der Methode seltener bedient. In der Tat führte bisher eine entsprechende Versuchsanordnung bei einem Falle von Zementüberempfindlichkeit (Maurerekzem), sowie bei einem Patienten mit Überempfindlichkeit gegen Pellidol und Scharlachrot zu einem glatten Mißerfolg. Ein- und zweimal kräftig mit U.V. bestrahlte Hautstellen am Rücken, wo zuvor keine Krankheitssymptome vorhanden waren, reagierten nach Abklingen des Erythems intensiv auf Applikation von Zement, bzw. Pellidol und Scharlachrot, ebenso stark wie Bezirke, die mit Röntgen vorbehandelt worden waren und vielleicht sogar heftiger als die „normale" Haut in der Umgebung.

Aus dem Dermatologicum von Prof. P. G. Unna in Hamburg

Über Färbung von Fadenpilzen in Kulturen

Von

Dr. Adolf Boss

In seiner Arbeit[1]) über Färbung von Fadenpilzen in der Oberhaut hat P. Unna jr. eine einfache Methode angegeben, um in Schnitten Pilzelemente pathogener Hyphomyzeten der Oberhaut und Kutis nachzuweisen. Die Methode hat den Vorteil der Schnelligkeit, was durch sogenannte Minimalfärbung erreicht wird, bei der die Oberhaut auf Grund ihrer physikalisch-chemischen Beschaffenheit weniger Farbstoff annimmt als die Pilzelemente.

Die von P. Unna jr. angegebene Modifikation der Pappenheim-Unna-Farblösung differenziert die Pilze von ihrer Umgebung und macht auch deren feineren Bau sichtbar.

Als P. Unna jr. versuchte, diese praktische Methode auch für die Färbung von Pilzen in Schuppen, Haaren und Kulturen zu verwenden, zeigte sich, daß die erforderliche Vorbehandlung dieses Materials mit Carnoyscher Flüssigkeit die Pyroninfärbung „in erheblicher Weise" beeinträchtigt, „worunter die Resultate sehr leiden".

---

[1]) Derm. W., 1929, Nr. 8. Literaturverzeichnis ebenda.

Digitized by Google

Für die Färbung von Pilzen in Schuppen und Haaren hat deshalb Unna jr. eine andere Methode angegeben, die Gentiana-Jod-Anilin-Eosinfärbung, mit der nach Vorbehandlung mit Carnoyscher Flüssigkeit ausgezeichnete Resultate erhalten werden, sowohl was die Kontrastierstellung betrifft als auch die Differenzierung der Pilze selber.

Einer einwandfreien Darstellung von Pilzen in Kulturen mit dieser Methode steht entgegen, daß die Vorbehandlung mit Carnoyscher Flüssigkeit zu zeitraubend und auch ungenügend ist. Weiterhin lag es nahe, für die Färbung von Pilzen in Kulturen gleich die von P. Unna jr. modifizierte Methylgrün-Pyroninfarblösung zu benutzen, die ja den Vorteil der minimalen Färbungszeit und optimalen Wirkung für sich hat.

Es war die naheliegende Aufgabe, die doppelte Schwierigkeit zu überwinden: erstens eine möglichst vollständige Auflösung des Kulturbodens zu erreichen, zweitens eine Schädigung der Farblösung als auch der Pilze selbst zu vermeiden, d. h. die volle Entfaltung der ausgezeichneten Färbsamkeit der Farblösung, die sie in den Schnittfärbungen gezeigt hat, in keiner Weise zu beeinträchtigen.

In diesem Sinne war es das vom Gesichtspunkt der praktischen Brauchbarkeit zu fordernde und die Vorteile der verwendeten Farblösung gebührende Bestreben, bei unseren Versuchen die Färbungszeit als Konstante, möglichst als minimal einzuhalten.

Beim Vorversuch, um überhaupt die färberische Wirksamkeit der Farblösung bei Pilzkulturen zu erproben, zeigte sich, daß ohne Vorbehandlung Sporen und Myzelien von Schimmelpilzen gut gefärbt werden, während deren lipoidartige Membran farblos bleibt. Alles in allem ist die Färbung gut, auch die strukturellen Einzelheiten der Pilze kommen gut zur Darstellung.

Im folgenden geben wir eine Übersicht über die Versuchsreihen.

In den ersten Versuchsreihen haben wir als Färbungsobjekt Schimmelpilze verwendet, die Dauer der Vorbehandlung ist konstant mit 2 Minuten bemessen, variiert wird der Prozentgehalt der Antiforminlösung, die als auflösendes Agens benutzt wird.

Bei der Verwendung der 100%igen Antiforminlösung ist zwar der Nährboden gut aufgelöst, doch ist offenbar die Färbung geschädigt, da die Myzelien nur schwach gefärbt sind. Bei Vorbehandlung mit 10%iger Antiforminlösung ist der Nährboden schlechter aufgelöst, doch ist die Differenzierung der Pilze undeutlicher, es findet sich starke Luftblasenbildung. Bei noch niedriger prozentiger Antiforminlösung sind die Resultate schlechter, und bei der 1%igen Antiforminlösung ist eine Färbung kaum erzielt worden; offenbar liegt die optimale Grenze der Vorbehandlung zwischen der 10- und 100%igen Antiforminlösung.

Bei weiteren Vergleichen der 25-, 33- und 50%igen Antiforminlösung zeigt sich, daß die erstere die besten Resultate liefert. Der Nährboden ist gut aufgelöst, die Färbung ist gut, die Myzelien sind schön dunkelblau gefärbt; zahlreiche Einzelheiten innerhalb der Myzelien sind sichtbar.

Wir verwendeten auch unter denselben Bedingungen der Vorbehandlung Azur als Färbemittel. Es zeigte sich, daß dieser von der Vorbehandlung stärker angegriffen wird, da die Schimmelpilze schlechter gefärbt werden. Da im allgemeinen Pilze anderer Art sich schwerer

Digitized by Google

färben lassen als Schimmelpilze, konnte von einer weiteren vergleichenden Verwendung von Azur abgesehen werden.

Eine analoge Versuchsreihe mit Mikrosporiepilzen als Färbeobjekt zeigte dasselbe Verhalten. 2 Minuten lange Vorbehandlung mit 25 %igem Antiformin, minimal kurze Färbung, ergab Auflösung des Nährbodens auf geringe Reste. Die Pyroninfärbung kommt schön zur Geltung, gute Darstellung der Sporen und deren Membran, auch die Detailzeichnung ist gut gelungen.

In den folgenden Versuchsreihen haben wir die Dauer der Vorbehandlungszeit variiert. Konstantes auflösendes Agens (25 %iges Antiformin), Färbezeit minimal. Fassen wir der Kürze halber die Resultate zusammen: Schimmelpilze zeigten bei einer $3\frac{1}{2}$ Minuten langen Vorbehandlung keinen merklichen Unterschied von den obigen Resultaten. Wurde die Vorbehandlung auf 5 Minuten ausgedehnt, dann traten Schädigungen der Färbung auf. Die Myzelien werden schwächer gefärbt; auch Mikrosporiepilze zeigen dasselbe Verhalten. Ebenso die Färbung von Duvetformen dieses Pilzes. Etwas besser waren die Resultate bei Trichophytiepilzen.

Wir versuchten, die Beeinträchtigung der Färbung durch offenbar zu lange Vorbehandlungszeit durch Verlängerung der Färbezeit auszugleichen. Doch konnten wir bei Schimmelpilzen kaum eine Besserung wahrnehmen. Bei Mikrosporiepilzen war die Verschlechterung in keiner Weise beeinflußt. Nur bei Trichophytiepilzen konnte eine Verbesserung der Färbung erzielt werden. 10 Minuten lange Vorbehandlung mit 25 %igem Antiformin hatte eine weitere Verschlechterung zur Folge.

Nachdem sich bis jetzt herausgestellt hat, daß die minimale Färbungszeit zugleich die optimale ist, eine Dauer der Vorbehandlung von 2 Minuten am günstigsten ist, sollten die folgenden Versuche darüber belehren, ob eine Änderung des vorbehandelten Mittels durch Zusatz von Säuren und Alkalien in verschiedenem Mischungsverhältnis eine Verbesserung der Färbung bewirken kann.

Wurde die 25 %ige Antiforminlösung mit konzentrierter Salzsäure, Essigsäure, Salpetersäure zu gleichen Teilen vermischt, so wurde die Färbung erheblich verschlechtert. Sporen und Myzelien der Schimmelpilze waren in ihrer Färbbarkeit stark beeinträchtigt, zum Teil war offenbar der natürliche Zusammenhang der Pilze gestört, teils war die Färbung zu schwach.

Wurden statt der konzentrierten Zusätze 5 %ige Säuren und Alkalien verwendet, so waren die erhaltenen Resultate kaum besser. Auch hier teilweise Entfärbung, auch hier Schrumpfungserscheinungen der Pilze usw.

Auch 1 %ige Konzentration zu gleichen Teilen zugesetzt, verbesserte die Resultate nicht. Dies war in gleicher Weise der Fall sowohl bei Schimmel- als auch bei Mikrosporie- und Trichophytiepilzen.

Eine Verbesserung der Resultate, die mit 2 Minuten langer Vorbehandlung mit 25 %igem Antiformin bei minimal kurzer Färbezeit erzielt wurde, trat zutage, als wir zu dem Antiformin 1 %ige Natronlauge im Verhältnis 10 : 1 hinzufügten. Die Myzelien waren sehr gut gefärbt, Sporen mit strukturellen Einzelheiten waren gut zur Darstellung gekommen und der Nährboden ist gut aufgelöst.

Digitized by Google

Es empfiehlt sich also, bei der Färbung von Pilzen in Kulturen lgendermaßen vorzugehen:

Mit einer Öse wird etwas von dem zu untersuchenden Material auf nen Objektträger gebracht, Behandlung während zweier Minuten mit ner Lösung von 10 Teilen 25%igen Antiformins und 1 Teil 1%iger atronlauge, kurze Hitzefixation. Dann gut abtrocknen mit Filtrierpapier, nz kurze (minimale) Färbung mit der von P. Unna jr. modifizierten APPENHEIM-UNNA-Farblösung.

Zusammenfassend kann gesagt werden, daß durch obige Färbeethode Fadenpilze auf einfache Weise und in kurzer Zeit zur Darellung kommen.

Aus der Klinik und Poliklinik für Haut- und Geschlechtskrankheiten zu Greifswald
(Vorstand: Prof. Dr. W. Schönfeld)

ber Intrakutanreaktionen bei Fällen von Syphilis und ichtsyphilis mit Spirotest und Rückenmarksflüssigkeit

Von

Dr. W. Schütze, jetzigem Facharzt in Lauban

1. Intrakutanreaktionen mit Spirotest

Abgesehen von der 1877 von Tarnowsky bei Syphilis mit Ricordher Paste (Kohlepulver und Schwefelsäure) veröffentlichten Kutanreaktion Form der Kauterisatio provocatoria, die den Zweck hatte, „syphilitische rscheinungen durch Reizung der Integumente sozusagen künstlich herrzurufen", fanden Kutanreaktionen bei der Syphilis erst wieder im Anhluß an die Pirquetsche Probe bei der Tuberkulose Beachtung. Nach em Vorgehen besonders von Noguchi wurden bei diesen intrakutanen Reakonen entweder Kulturluetine oder Organluetine benutzt. Auf die Erbnisse und Leistungsfähigkeit ist neben anderen Stein in seinem Lehrch näher eingegangen. Besonders starke Ausfälle sah man bei Syphilis mmosa, Syphilis maligna und Syphilis congenitalis. Die umständliche erstellung und der Mangel einheitlicher Extrakte verhinderte eine allemeine Anwendung. Diese Nachteile würden durch fabrikmäßige Herellung eines leistungsfähigen Extraktes verschwinden und die Reaktionen ner allgemeinen Prüfung zugänglich machen. Daher entschlossen wir ns zu Versuchen mit dem nach den Angaben von H. Kroó von den ehringwerken hergestellten Spirotest.

„Spirotest ist (nach den Angaben der Fabrik) eine Aufschwemmung von abgetöteten philisspirochäten in physiologischer NaCl-Lösung mit einem Zusatz von 0,5%igem Phenol. wird hergestellt aus den Originalkulturen der Spirochaeta pallida, welche die Spiroäten in flüssigem Nährmaterial enthalten. Durch Waschen und Ausschleudern werden e Spirochäten von allem Nährbodenmaterial befreit. 0,1 ccm Spirotest enthält etwa 00 Millionen Spirochäten."

Die angegebene Anwendungs- und Ablesungsvorschrift ist folgende: „0,1 ccm Spirost wird intrakutan zweckmäßig auf der äußeren Seite des Oberarmes injiziert. Bei ositivem Ausfall der Probe tritt nach 1—2 Tagen eine lokale Entzündung in Form einer apel auf, die mehrere Tage bestehen bleibt. Die Ablesung der Reaktion erfolgt am

Digitized by Google

besten vom 2. Tage ab. Nach bisherigen klinischen Erfahrungen bedeutet ein mehrere Tage anhaltender positiver Ausfall der Probe eine vorausgegangene syphilitische Infektion. Die Probe mit Spirotest ermöglicht die Diagnose Lues auch dann, wenn besonders im tertiären Stadium der Lues die WASSERMANNsche Reaktion in der üblichen Ausführung negativ ausfällt." Eine Kontrolle ist nicht angegeben.

Wir hielten uns an diese Vorschrift, nahmen aber als Kontrollflüssigkeit 0,1 ccm einer 0,5%igen Phenol-NaCl-Lösung (physiologisch).

Der allgemeine Ablauf der Reaktion war folgender: Innerhalb der ersten 12 Stunden wandelt sich die Quaddel auf beiden Seiten in einen geröteten, teilweise infiltrierten Fleck um. Nach 24 Stunden ist auf der Kontrollseite nur noch eine traumatische Reaktion mit ganz geringer Rötung zu sehen. Auf der Spirotestseite hingegen tritt in den nächsten 24 Stunden Rötung und Infiltration auf. Bei negativem Ausfall verschwinden die Erscheinungen bald. Bei positivem Ausfall nehmen Rötung und Infiltration weiterhin täglich zu mit Übergang in eine kleine Papel. Der Höhepunkt der positiven Reaktion liegt zwischen dem 6.—10. Tage, um dann langsam abzufallen.

Die Ablesung erfolgte vom 1.—12. Tage mittels durchsichtigen Glaslineals und berücksichtigte Ausdehnung, Rötung und Infiltration. Eine Auswertung der Reaktion wurde erst nach dem 3. Tage vorgenommen.

Die Untersuchungen erstreckten sich auf 124 Fälle von Männern, Frauen und Kindern im Alter von 8—58 Jahren. Von diesen hatten 26 eine Syphilis, 31 einen Tripper und 67 Hautkrankheiten. Als positiv ließen wir, veranlaßt durch den Vergleich mit der Kontrollseite, erst Reaktionen gelten, die vom 4.—7. Tage deutliche Infiltration und Rötung und eine Größe von mindestens 4 : 4 mm aufwiesen. Als negativ sprachen wir Reaktionen an, die vom 3. Tage ab keine Infiltration mehr zeigten, bzw. bei denen Rötung und Infiltration schon in den ersten 2 Tagen abgeklungen waren. Übergangsfälle zwischen positiv und negativ wurden als ± oder ? abgelesen. Hierunter verstehen wir Reaktionen, welche am 4. und 5. Tage noch Infiltration und Rötung zeigten, bei denen aber an den weiteren Ablesungstagen nur geringe Rötung bestand.

Von unseren 124 Fällen waren die Spirotestreaktionen im ganzen 14mal (11,2%) +, 15mal ± oder ? (12%) und 95mal (76,6%) negativ.

Von den 26 Syphiliskranken reagierten 6 + (23%), 6 ± oder ? (23%) und 14 negativ (53,8%). Die einwandfreien positiven Reaktionen betrafen 1mal eine Syphilis II (5[1]), 3mal eine Syphilis III (3), 1mal eine Syphilis cerebri (4) und 1mal eine Syphilis congenita (7).

± oder ? Reaktionen wurden 1mal bei Syphilis II (5) und 5mal bei Syphilis congenita (7) gesehen. Negative Reaktionen traten 3mal bei Syphilis II (5), 5mal bei Syphilis latens (5), 2mal bei Tabes und Paralyse (2), 3mal bei Syphilis cerebri (4) und 1mal bei Syphilis congenita (7) auf.

Bei den an Tripper Erkrankten (31) fielen die Reaktionen 4mal positiv (12,9%), 3mal ± oder ? (9,6%) und 24mal negativ (77,3%), bei den Hautkrankheiten (67) 4mal + (5,9%), 6mal ± oder ? (8,8%) und 57mal negativ aus. Die positiven 4 Fälle bei den Hauterkrankungen sind je 1 Fall von Lupus vulgaris und Psoriasis, 2 von Ekzemen (3 ♂, 1 ♀). Mit Ausnahme von 6 Fällen waren die Träger positiver und fraglicher Reaktionen pigmentarme Personen mit blonder Haar- und blaugrauer Augenfarbe. Weder der positive noch der negative Ausfall zeigte eine Abhängigkeit von den serologischen Reaktionen. Nach unseren Erfahrungen kann in fast jedem Stadium der Syphilis, vielleicht mit Ausnahme des ersten, eine positive Reaktion auf intrakutane Spirotest

[1]) Die in Klammern gesetzten Zahlen geben die Gesamtzahl der Fälle aus den betreffenden Krankheitsstadien an.

Digitized by Google

zuführung auftreten, am ehesten ergeben sie Fälle von Syphilis III und Syphilis congenita, ebenso aber können in einem nicht geringen Prozentsatz Fälle von Tripper und Hautkrankheiten, bei denen nach unseren heutigen Untersuchungsmethoden jeder Anhaltspunkt für eine Syphilis fehlt, eine deutlich positive Reaktion zeigen. Hieraus müssen wir folgern, daß das Spirotest in seiner augenblicklichen Zusammensetzung für eine Syphilisdiagnose auch in eng umschriebenen Grenzen noch ungeeignet ist und jedenfalls uns dort nicht weiterbringt, wo die serologischen und anderen Untersuchungsmethoden zur Erkennung einer Syphilis versagen.

2. Intrakutanreaktionen mit Eigen- und Fremdliquor

Bei diesen Untersuchungen sind wir, ähnlich wie Wildbolz bei einer Eigenharnreaktion, von der Voraussetzung ausgegangen, daß sich bei gewissen Krankheiten des Gehirns und des Rückenmarkes und der sie umgebenden Hüllen, wie z. B. bei der Meningitis tuberculosa, im Liquor Antigene befinden, und daß dann dieser intrakutan eingespritzt mit in der Haut sich bildenden Antikörpern eine Reaktion ergeben könnte. Ob diese Annahme überhaupt gerechtfertigt ist, darüber kann man verschiedener Ansicht sein. Jedenfalls haben aus den gleichen Gedankengängen heraus schon Korbsch, Möllenhof, Nasso, Quest, Usbeck u. a. einschlägige Untersuchungen angestellt. Ihre Ergebnisse gehen auseinander.

Korbsch fand bei 2 Fällen von Meningitis tuberculosa (2) eine deutlich positive Reaktion, während Kontrolluntersuchungen mit intrakutan eingeführtem Eigenliquor bei einer Lungentuberkulose schweren bis leichten Grades negativ ausfielen. Nach ihm können auch bei anderen Gehirnaffektionen positive intrakutane Liquorproben auftreten. Usbeck hatte mit intrakutanen Eigenliquorreaktionen bei tuberkulöser Meningitis (16) gewöhnlich negative Ausschläge. „Die Reaktion mit nichttuberkulöser Lumbalflüssigkeit fällt bei stark tuberkulinempfindlichen Kindern ebensooft positiv aus wie die der tuberkulösen. Bei tuberkulosefreien Kindern lassen sich keine Reaktionen auslösen." Nasso erzielte bei Meningitis tuberculosa und auch bei anderen Tuberkulosen positive intrakutane Liquorreaktionen. Bei der Encephalitis epidemica liegen die Verhältnisse ähnlich. Quest sah hier 2 positive Reaktionen (3), Möllenhof bei 21 Fällen ein positives und 20 negative Ergebnisse.

Wir haben an 116 Fällen intrakutane Eigen- und teilweise Fremdliquoreinspritzungen vorgenommen. Die Technik der Zuführung war dabei dieselbe wie bei den Spirotestuntersuchungen. Als Kontrolle dienten Einspritzungen mit physiologischer Kochsalzlösung oder solche mit fremdem artgleichem Liquor. Die erste Ablesung erfolgte nach 10—15 Minuten, die weiteren nach 24 und 48 Stunden. Das Material setzte sich zusammen aus:

72 Fällen von Syphilis, 16 Fällen von Tripper oder Ulcus molle und 28 Fällen von Hautkrankheiten. Die Reaktionen waren ebenso wie die Kontrollen durchweg negativ bis auf die folgenden Ausnahmen: 3 Fälle von Syphilis cerebri[1]) und 1 Fall von Syphilis congenita zeigten positive Reaktionen mit eigenem und fremdem Liquor in Form von Rötung und Infiltration, die mehrere Tage anhielt. Ebenso reagierten 2 Hautfälle (1 Lupus vulgaris, 1 Hydroa vacciniforme) mit eigenem und fremdem Liquor positiv. Die Reaktionen bestanden hier in einem bis zum 3. Tage deutlich erkennbaren roten Fleck.

[1]) Bei den 3 Fällen von Syphilis cerebri fanden wir 2 mal Zellvermehrung und positive Eiweißreaktionen, 1 mal positive Reaktionen mit normalem Zellbefund. Die beiden Hautfälle und die Syphilis congenita ergaben negative Liquorbefunde.

Digitized by Google

Nach diesen Ergebnissen darf man wohl sagen, daß intrakutane Eigen- und Fremdliquorproben zur Diagnosestellung einer Hirnsyphilis oder überhaupt zur Feststellung von Veränderungen im Liquor nicht geeignet sind, die Paralysen waren ja gerade negativ. Auch bei diesen positiven Fällen hat es sich wieder fast durchgehend um pigmentarme Personen gehandelt, deren Haut fast jedem Reiz gegenüber empfindlicher ist. Ebenso wie verschiedene Hautstellen ja in ihrer Empfindlichkeit voneinander abweichen, so gibt auch eine frische elastische Haut andere Ausschläge wie eine welke. Diese bekannten Tatsachen führen unter Umständen zu einem stärkeren positiven Ausschlag spezifischer Reaktionen, wie z. B. der Tuberkulinreaktion, und können gelegentlich bei tuberkulosefreien Tieren bei intrakutaner Zuführung eine atypische ATR hervorrufen. SCHÖNFELD hat dieses s. Z. bei hellen Meerschweinchen nachweisen können in seiner Arbeit Arch. f. Derm., 1919, Bd. 126, S. 650ff. (vgl. Fall IC, S. 668, Fall III A, S. 672, Fall IV, S. 677 u. a.). Wir möchten also auch bei unseren Liquoruntersuchungen diese positiven Ausschläge, abgesehen davon, daß uns die theoretische Voraussetzung solcher Liquorproben noch nicht genügend gesichert zu sein scheint, mit auf eine unspezifische Empfindlichkeit einer pigmentarmen jungen Haut zurückführen.

Zusammenfassung

1. Die Intrakutanreaktion mit Spirotest zeigt nicht nur bei Syphilis, sondern auch bei syphilisfreien Fällen gelegentlich positive Ausschläge. Sie ist daher vorläufig zur Diagnosestellung nicht verwertbar.

3. Die Intrakutaneinspritzung mit Eigenliquor ist ebenfalls zur Diagnosestellung zumal einer Syphilis des Zentralnervensystems ungeeignet.

3. Unspezifische Ausschläge bei Intrakutanreaktionen kommen häufiger bei pigmentarmen Menschen und Tieren (Meerschweinchen) vor.

Literatur

Ausführliche Literatur: MARTENSTEIN u. GRANZOW-IRRGANG, Arch. f. Derm., 192[illegible], Bd. 152, S. 209. — MOOG, O., Hautfunktionsprüfungen. Verlag G. Fischer, Jena 192[illegible], S. 114—122.

1. KORBSCH, R., Med. Kl., 1921, Nr. 27, S. 816. — 2. LEHNER u. RAJKA, Derm. W., 1927, Nr. 15, S. 502. — 3. LEHNER u. RAJKA, Derm. Zschr., 1927, Bd. 50, H. 2. — 4. MÖLLENHOF, FR., Zschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., 1923, Bd. 86, S. 262. — 5. NADEL, Arch. f. Derm., 1928, Bd. 156, S. 557. — 6. NASSO, J., Ref. Zbl. f. d. ges. Kindhlk., 192[illegible], Bd. 13, S. 122. — 7. QUEST, R., Jahrb. f. Kindhlk., 1921, Bd. 96, S. 324. — 8. SCHÖNFELD, W., Arch. f. Derm., 1919, Bd. 126, S. 650. — 9. SKALVEIT, W., M. m. W., 192[illegible], Nr. 19, S. 762. — 10. STEIN, R., Lehrbuch der Geschlechtskrankheiten. Verlag J. F. Lehmann, München 1922. — 11. STREICHER, O., D. Zschr. f. Nervenhlk., 1928, Bd. 104, S. 98. — 12. USBECK, G., Kl. W., 1923, Nr. 10, S. 438. — 13. WICHMANN, P., Derm. W., 1927, Bd. 84, S. 697.

Digitized by Google

us der Abteilung für soziale Venerologie des I. Ukrainischen Dermato-Venerologischen Staatsinstituts (Glawtsche-Institut) in Odessa
(Direktor des Instituts und Leiter der Abteilung: Dr. M. G. Choroschin)

Zur Frage über den epidemiologischen Gegensatz zwischen Ulcus molle und Skabies

Von

Dr. M. G. Choroschin

Mit 1 Abbildung im Text

Die Übertragung der Krätze von einem Menschen zum anderen geschieht meist i einigermaßen länger dauerndem Kontakt. Es ist darum verständlich, daß der Geschlechtsakt ein Faktor ist, der zur Infektion mit Skabies beiträgt. Die hervorragende Bedeutung des Sexuallebens in der Verbreitung der Krätze wird von vielen Autoren betont (Darier, Jadassohn, Spelow) und ganz besonders von Eck, der sich dahin äußert, daß die Übertragung durch den Geschlechtsverkehr die Skabies der Erwachsenen zu einer Art „Geschlechtskrankheit" macht. Den Verbreitungsbedingungen nach nähert sich also die Skabies der Erwachsenen den venerischen Krankheiten, folglich auch einer von ihnen, dem Ulcus molle.

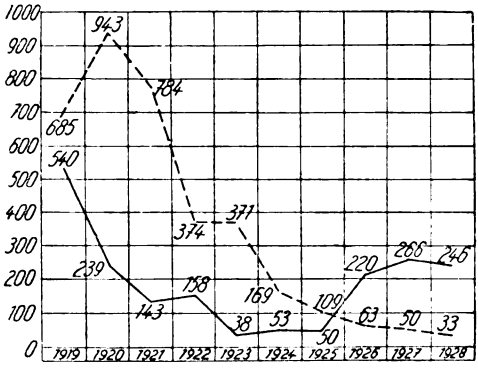


Abb. 1

——— Ulcus molle. — — — Skabies

Andererseits ist es eine schon lange vertretene Ansicht, daß die Ansteckungsfähigkeit des Ulcus molle mit der allgemeinen Sauberkeit zusammenhängt (Eisser, Schiller). Darum dürfte das weiche Schanker der Skabies, die mehr eine Schmutzkrankheit ist, nahekommen. Es drängt sich unwillkürlich der Wunsch auf, die Dynamik beider Affektionen bei Erwachsenen gegenüberzustellen. Solch eine vergleichende Zusammenstellung haben bereits Buschke und Spanier veröffentlicht. Aus dieser geht hervor, daß die Bewegung des weichen Schankers mit der der Krätze nicht übereinstimmt: die bis 1925 in Abfall begriffenen Kurven des Ulcus molle und der Skabies gehen von 1926 schroff auseinander, die des weichen Geschwürs steigt an, die der Krätze sinkt ab.

Im Januar 1929 demonstrierten wir Ärzte der Vorbildungskurse am Glawtsche-Institut ein Diagramm, in dem wir, angeregt durch die Arbeit Haustеins, gleichfalls die Gegenüberstellung dieser zwei Krankheiten gegeben hatten (Materialien des Instituts, Sammer vom 15. Lebensjahr[1]). Aus dieser (Abb. 1) ist zu ersehen, daß die von 1920 bis 1925 absinkenden Kurven im nächsten Jahre (1926) sich überkreuzen, wobei die Kurve der Krätze fort absinkt, die des weichen Schankers schroff ansteigt. Auch in den Jahren 1919—1920, in den Jahren der größten Verschmutzung, gehen die Kurven der beiden Krankheiten auseinander, aber umgekehrt: die Krätze steigt an, das weiche Geschwür fällt ab.

Mit diesem Diagramm lehnen wir Schillers Theorie ab und unterstützen Buschkes und Langers Standpunkt, die das weiche Geschwür als eine exquisite venerische Krankheit betrachten. Vergleicht man die Bewegung der zwei Krankheiten nach Buschke

[1]) Die den Ulcus molle betreffenden Daten für die Jahre 1919—1926 sind der Arbeit von Sinani und Schapiro entnommen (Arbeiten des Glawtsche-Institut, Bd. 1, Odessa 1927).

Digitized by Google

und Spanier mit den unsrigen Daten, kann man sich überzeugen, daß das Material aus der dermatologischen Abteilung des Rudolf-Virchow-Krankenhauses mit dem aus dem Glawtsche-Institut übereinstimmt. Es sei noch bemerkt, daß das Bild der Bewegung dieser zwei Krankheiten nach den Berichten sämtlicher Anstalten in Odessa im allgemeinen dem Material des Instituts entspricht.

Stellt man die Bewegung des Ulcus molle und der Skabies einander gegenüber, muß man in Betracht ziehen, daß ersteres bei Juden nicht häufig vorkommt, während zweifellos den Juden besonders eigen ist. An unserem Material ergeben die Juden unter den an weichen Geschwür Leidenden 16,9%, unter den Skabieskranken 68,9%. Wenn auch in dem letzten Dezennium im Nationalbestand der Odessaer Bevölkerung Veränderungen eingetreten sind (44,3% Juden 1920, 38,7% 1926), so konnte doch dieser Umstand keineswegs so stark ausgesprochenen Unterschied der Dynamik der zwei Krankheiten bewirken.

Daß in der Verbreitung der Skabies der außereheliche Geschlechtsverkehr eine Rolle spielt, ist auch aus dem Material des Instituts ersichtlich (Choroschin und Krasnow), denn unter den erwachsenen Krätzekranken des Zeitraums 1919—1928 (mehr als 6000 Personen waren $2^1/_2$mal mehr ledige Männer als Frauen, während die Zahl der verheirateten Männer wenig hinter der der verheirateten Frauen zurückstand. Da aber unter den Männern die Verehelichten und die Ledigen gleich vertreten waren, muß man zugeben, daß in der Verbreitung der Skabies außer dem Geschlechtsakt eine große Bedeutung auch den anderen Faktoren (Milieuverhältnisse) zukommt; für letzteres spricht auch der Umstand, daß in den letzten Jahren mit der Besserung der Lebensbedingungen und der Hebung des allgemeinen Kulturniveaus und der sanitären Kenntnis der Bevölkerung die Skabies stark abgenommen hat.

Die Bewegung der venerischen Krankheiten hängt von verschiedenen Faktoren, denen sozial-ökonomische Verhältnisse zugrunde liegen, ab. Bald nimmt ein Moment, bald das andere die Oberhand, die „Resultante" dieser zahlreichen sozusagen nach verschiedenen Seiten gerichteten Faktoren erzeugt eben Verhältnisse, die die Übertragung des Virus resp. Verbreitung der Krankheiten bald fördern, bald hemmen.

Neben Faktoren, die gleichzeitig mehrere venerische Krankheiten beeinflussen können, sind solche vorhanden, die nur bei einer von ihnen in Betracht kommen. Demgemäß kann die Bewegung der Geschlechtskrankheiten ein verschiedenes Bild ergeben. In Odessa kann ein Abfall frischer Syphilisformen beobachtet werden, die Gonorrhoe, die eine ansteigende Tendenz gezeigt hatte, ist von 1927 in Abfall begriffen, und der zu wellenartigen Schwankungen neigende weiche Schanker taucht nach fast völligem Rückgang 1925 (1. und 2. Quartal) wieder auf, um weiter anzusteigen. Jedenfalls braucht Besserung der Lebensbedingungen nicht unbedingt Zunahme der Geschlechtskrankheiten hervorzurufen. Augenscheinlich ist der summarische, gleichzeitige Einfluß mannigfaltiger nach verschiedenen Seiten gerichteter Faktoren sozial-ökonomischen Ursprungs für die wechselnde Zu- und Abnahme der venerischen Krankheiten verantwortlich zu machen.

Literatur

Buschke u. Langer, M. m. W., 1927, Nr. 19. — Buschke u. Spanier, Kl. W., 1928, Nr. 7. — Haustein, Handb. d. Haut- u. Geschlechtskrkh., Bd. 22. — Pick, Handb. d. Haut- u. Geschlechtskrkh., Bd. 9, Nr. 1. — Schiller, Arch. f. Derm., Bd. 146.

Versammlungen

Lemberger Dermatologische Gesellschaft

Vorsitzender: Leszczyński

Sitzung vom 24. I. 1929

Kauczynski (Hautklinik): 1. Ungewöhnlicher Vorfall bei einer intramuskulären Wismutinjektion.

Von einer Laborantin wurde durch Versehen in einer Nadel ein dünner Reinigungsdraht zurückgelassen und dann mit injiziert. Pat. verspürte einen Schmerz in der Injektionsstelle und entfernte sich selber den herausragenden Draht.

2. Lichen planus.

30jähr. Mann, seit 2 Monaten Knötchen an Unterarmen und Hodensack.

Digitized by Google

Chorążak (Hautklinik): Morbus Recklinghausen.

24jähr. Mann mit sämtlichen klinischen Symptomen, Ausbruch der Krankheit erst vor 7 Monaten.

Ostrowski: Folliculitis exulcerans.

46jähr. Mann, mit auf den Extremitäten verstreuten Herden, am Rand infiltriert, teilweise ulzeriert, im Zentrum Narben. Histologisch dichtes Plasmazelleninfiltrat in den oberen Kutisschichten. Stark positive Hautreaktion nach Trichophytin, Luetin und Tuberkulin.

Goldschlag erkennt in dem Falle eine Acne conglobata, Andruszewski und Leszczynski eine Folliculitis exulcerans.

Nadel (Abt. Ostrowski): 1. Syringomyelie.

27jähr. Landwirt mit Geschwüren an beiden Händen.

2. Ulcera mollia an Frenulum und Glans bei 47jähr. Manne; an der Innenfläche des linken Oberschenkels ein serpiginös fortschreitendes, mit Krusten belegtes Geschwür, Bazillenbefund positiv.

3. Ulcus tbc. mucosae oris an der linken Wangenschleimhaut eines 45jähr. Mannes.

4. Carcinoma in lupo.

31jähr. Mann. Am Boden alter Narben ein walnußgroßer, harter, mit der Unterlage verwachsener Tumor, von wallartig aufgeworfenen Rändern umgeben. Histologisch nichts Positives, doch ist Neoplasma anzunehmen.

5. Casus pro diagnosi.

45jähr. Mann mit weichen, glänzenden, papillär wuchernden Effloreszenzen an der Glans. An der Peniswurzel ein breites, ziemlich hartes Infiltrat mit einer eiternden Fistel.

Lenartowicz läßt an Aktinomykosis denken.

Leszczynski weist auf die Möglichkeit eines neoplastisch entarteten Gummas hin.

Goldschlag (Abt. Leszczynski): Livedo racemosa.

34jähr. Frau mit Gefäßveränderungen an den Extremitäten. Außerdem Aortitis. WR —, Luetin +.

Blatt (Abt. Leszczyński): Sclerodermie en bande.

32jähr. Frau mit symmetrischen Verhärtungen an den Unterschenkeln.

Lenartowicz: Acrodermatitis continua Hallopeau.

60jähr. Mann. Seit mehreren Jahren an den Händen diffuse Rötung, starke Atrophie und frische Bläschen. Scharfe Abgrenzung gegenüber der normalen Haut.

Kauczynski: Syringomelie bei einem 32jähr. Mann.

Nadel: Epithelioma labii infer. bei einem 53jähr. Mann.

Sitzung vom 14. II. 1929

Ostrowski: 1. Naevus sebaceus.

13jähr. Knabe mit Favus. Nach Depilation in der rechten Parietalgegend ein typischer Naevus sebaceus.

2. Lichen planus.

Starke Beteiligung der Mundschleimhaut bei einem 26jähr. Mann.

Nadel: Tuberculosis ulcerosa.

50jähr. Mann, seit 5 Monaten Knoten und Geschwüre in der rechten Achselhöhle und Glutäusregion. Tuberculosis ulcerofibrosa pulmonum.

Blatt: Livedo racemosa.

24jähr. Frau, WR —, gibt an, daß das Hautleiden nach Variola zuerst beobachtet wurde.

Leszczynski: Impetigo herpetiformis.

Krankengeschichte bereits im Archiv publiziert. Seit einigen Tagen frische diffuse, tiefe Rötung der Haut, typische Impetigo-herpetiformis-Herde. Allgemeinzustand schwer. Temperatur 39,5 und höher. Die Kranke zeigt auch während dieses Anfalls alle Symptome einer latenten Tetanie.

Kwiatkowski: Ulcus hystericum?

Dieser von Andruszewski vorgestellte Fall eines schwer heilbaren Geschwürs unbekannter Ätiologie wurde durch Granugenpaste zur Heilung gebracht. Tuberkulose auf Grund histologischer Untersuchung auszuschließen.

Goldschlag: Lichen sclerosus.

Seinerzeit von Mierzecki zur Diagnose vorgestellt. Leszczynski diagnosti-

Digitized by Google

ziert: Lichen sclerosus. Interessant ist der histologische Befund, der sich wenig von Sklerodermie unterscheidet. Auf Grund bekannter Zweiggruppen und Übergänge entsteht die Frage, ob solche Fälle nicht der Sklerodermie anzugliedern sind.

Leszczynski tritt für eine Selbständigkeit der Lichen sclerosus ein.

Ostrowski: Neue Methode zur Vorbeugung der Salvarsanintoleranz.

Es werden 30 Minuten vor Injektion 20 g Zucker per os und 0,5 Kalzium verabreicht. In 8 Fällen gute Wirkung.

Nadel: 1. Lues gummosa am Hodensack.

2. Ichthyosis vulgaris.

Blatt: Tuberculosis verrucosa cutis.

Kwiatkowski: Psoriasis vulgaris am Mons Veneris.

Sitzung vom 28. II. 1929

Ostrowski und Goldschlag: Über die Frage der ätiologischen und anatomopathologischen Zusammengehörigkeit der Atropho- und Sklerodermien.

Ostrowski tritt für die einheitliche Ätiologie der ganzen Gruppe ein, während Goldschlag auf Grund klinischer und histologischer Einzelheiten die atrophisierenden Dermatosen von der Gruppe der Sklerodermie scharf getrennt haben will.

Lenartowicz sieht in den von Goldschlag dargelegten Argumenten Beweise für die Richtigkeit seiner Auffassung.

Leszczynski: Es erscheint wünschenswert, das Material der letzten 40 Jahre aufs neue kritisch zu bearbeiten, um verwandte Krankheiten in klinische Gruppen zusammenzufassen.

Sitzung vom 7. III. 1929

Mierzecki: 1. Pruritus lueticus.

a) 36jähr. Mann. SRW +. Nach Bi, Salvarsan Aufhören des Juckgefühls.
b) 45jähr. Mann. SRW +. Nach spezifischer Behandlung prompte Besserung.

2. Röntgengeschwür.

29jähr. Mann. Atrophische Haut mit fünfkronenstückgroßem Geschwür.

Ostrowski: Lichen planus.

Rasches Schwinden nach Terpentininjektion und Tumenolpaste.

Nadel: 1. Lues gummosa.

Infiltrate bei einem 30jähr. Mann, schmetterlingsartig Stirn, Nase und Wangen einnehmend.

2. Lues papulosa recens und Livedo racemosa.

32jähr. Mann mit Papeln und Gefäßzeichnungen am Oberschenkel, an Livedo racemosa erinnernd. Vor Jahren Typhus.

Goldschlag hält die Gefäßzeichnung nicht für Livedo racemosa.

Lenartowicz teilt die Ansicht von Nadel.

Leszczynski nimmt die Diagnose an, Zusammenhang mit Lues ist ihm unklar.

Lenartowicz: Lues congenita tarda.

18jähr., stark abgemagertes Mädchen von infantilem Körperbau. Ausgesprochene Trias nach Hutchinson. Polyarthritis mit hochgradigen Knochenzerstörungen (Röntgenogramm). Luetische Nephrose mit 3% Eiweiß. Luetinreaktion +.

Chorążak (Hautklinik): Epithelioma labii superioris.

30jähr. Frau. Flache exulzerierte Neubildung, histologisch Ca. basocellulare.

Kogutowa: Sclerodermia circumscripta.

23jähr. Studentin. Am linken Unterlid kartenblattähnliches, bläuliches, flaches Infiltrat.

Leszczyński: Gefäßerweiterungen bei Lues.

56jähr. Kranke mit Aortitis, WR +, hochgradige Teleangiektasien an Extremitäten und Rumpf. An Wangen und Stirn scharf umschriebene Herde mit Gefäßzeichnung. Alkoholismus.

Blatt: 1. Lues gummosa und Leucoderma specificum.

32jähr. Frau mit gummösen Veränderungen am weichen Gaumen. Am Stamm Leukoderma.

2. Lupus vulgaris nasi et mucosae oris. Tuberculosis papulonecrotica.

3. Lues tuberoserpiginosa.

4. Lues tuberoulcerosa nasi et labii superioris.

Digitized by Google

Referatenteil

Fachzeitschriften

Archivio Italiano di Dermatologia, Sifilografia e Venerologia

1929, Bd. 4, H. 2

Ciambellotti, E.-Siena: Valore e costanti di errore nella ricerca del quoziente respiratorio e del metabolismo basale nei dermopatici (Über den Wert und die Konstanten Fehlerquellen bei der Bestimmung des respiratorischen Quotienten und des Grundumsatzes bei den Hautkranken). S. 101.

Verf. hat an 29 an verschiedenen Dermatosen und einigen anderen Krankheiten leidenden den respiratorischen Quotienten und den Grundumsatz bestimmt und gelangt zu folgenden Schlüssen: Die Bestimmung des Grundumsatzes und des respiratorischen Quotienten verdient in der Dermatologie die größte Aufmerksamkeit und liebevolles Studium, da sie wichtige Resultate liefern kann und muß. Dazu ist aber eine systematische und langdauernde Untersuchung bei demselben Subjekte und in den verschiedenen prä- und postmorbösen Stadien notwendig. Dieselben zeigen den Zustand des Terrains, auf welchem die Dermatose auftritt und verläuft, dann die störende Aktion, welche von der Dermatose ausgeht, sowohl direkt als indirekt an. Aber die Reaktion ist auch unvermeidlichen Fehlern unterworfen, welche von der Dermatose selbst bedingt sind, und welche sich nicht mathematisch berechnen und nicht in bestimmten Werten, sondern nur annähernd ausdrücken lassen, so daß es möglich ist, die gefundenen Werte trotzdem richtig zu werten. Es ist heute noch nicht möglich, Statistiken und allgemeine Schlüsse aus den bisher ermittelten Resultaten festzustellen.

Tarantelli, E.-Rom: Considerazioni cliniche e ricerche sperimentali sopra un caso di sifilide arsenoresistente primaria (Klinische Betrachtungen und experimentelle Untersuchungen über einen Fall von primärer arsenoresistenter Syphilis). S. 167.

Fall aus der Klinik Bosellini. 22jähr. Mann mit Primäraffekt. WR. MTR positiv. Nach 3,15 g Neosalvarsan endovenös kein Einfluß auf den Primäraffekt und die Leistendrüsen sowie auf die Seroreaktionen bemerkbar. Weiterbehandlung mit Neosalvarsan endovenös. Nach der 3. Injektion (0,45) Kopfschmerzen, Roseola. Nach der 6. Injektion (0,6) der Zustand im gleichen. Es wird nun der Primäraffekt exzidiert und nach Feststellung der Anwesenheit von Spirochäten zwei Kaninchen skrotal geimpft. Bei beiden haftet die Impfung, aber nur bei einem Tiere wurden Spirochäten im Impfherde nachgewiesen. Die Behandlung des einen der Tiere mittels Neosalvarsan bringt die Erscheinungen rasch zum Schwinden. Verf. erklärt die Arsenresistenz mit einer besonderen Prädisposition seines Patienten und nicht etwa durch eine besondere Qualität des Medikamentes.

Lanteri, G.-Catania: Contributo al cosidetto „Adenoma sebaceo" (Beitrag zum sogenannten „Adenoma sebaceum"). S. 175.

Fall von Adenoma sebaceum, Typus Balzer-Ménetrier. Interessant ist, daß die Geschwülstchen bei der 30jähr. Pat. erst im 20. Lebensjahre aufgetreten sind. Verf. hält die Affektion für naevogenen Charakters.

Marcozzi, A.-Pisa: L'argentotiosolfato sodico nella terapia locale dell'uretrite blenorragica (Das Argentothiosulfatum sodicum bei der lokalen Behandlung der blennorhagischen Urethritis). S. 187.

Verf. hat 50 Fälle von Gonorrhoea ant. acuta und subacuta mit Argentothiosulfatum sodicum („Argibathol"), einem von Castelli dargestellten, neuen Mittel behandelt. Dasselbe wird zu Spülungen in einer Konzentration von 1 : 1000 bis 1 : 250 und für Einspritzungen in etwa 1%iger Lösung verwendet. Es ist angezeigt, das Mittel wegen seiner geringen Reizbarkeit nur im Beginne des Prozesses anzuwenden und mit Protargol fortzusetzen. Der Vorzug des Mittels besteht in der Möglichkeit, möglichst frühzeitig die Behandlung zu beginnen, da es, trotzdem es viermal mehr metallisches Silber enthält als Protargol, reizlos ist. Ein weiterer Vorzug ist seine leichte Löslichkeit im Leitungswasser, die Stabilität der Lösung, die Farblosigkeit der Lösungen und seine hohe Heilkraft.

Digitized by Google

1929, Bd. 4, H. 3

Ciambellotti, E.-Siena: Estratti testicolari e loro azione cheratoplastica (Hodenextrakte und ihre keratoplastische Wirkungsweise). S. 205.

Um zu untersuchen, ob die bekannte, die Epithelisierung stimulierende Aktion der Hodensubstanz von der gesamten Pulpa oder von der Pars interstitialis oder von den die Samenleiter enthaltenen Abschnitte abhängig ist, hat Verf. sowohl diese Extrakte einzeln als auch ein Gemenge beider bei varikösen Geschwüren und einem Falle von Verbrennung angewandt, wobei die Extrakte direkt auf die von der Haut entblößten Partien aufgelegt und durch einen impermeablen Stoff vor Austrocknung bewahrt wurden, während über das Ganze ein Verband angelegt wurde. Resultate: Am geringsten war der Effekt bei Verwendung der Gl. interst., viel besser bei dem die Samenleiter enthaltenden Abschnitte, am besten aber, wenn beide Teile vereint angewandt wurden, wobei sich zeigte, daß die Aktion eine doppelte war: eine die Granulationsbildung beschleunigende und eine epithelisierende, und zwar wird ein festes und an Dicke stets zunehmendes Epithel produziert. Interessant ist die Beobachtung des Verf., daß es sich dabei nur um eine lokale und nicht allgemein tonifizierende Wirkung handelt, was er auch experimentell nachwies. Ferner konnte Verf. feststellen, daß den Hodenextrakten keineswegs eine antiseptische Wirksamkeit zukomme, ebensowenig wie eine antitoxische, was sich darin zeigt, daß die Extrakte bei tuberkulösen und Schanker-geschwüren unwirksam sind. Besonders frappant war die rasche Heilung eines schweren Falles von Blitzverbrennung.

Savinetti, A.-Trieste: Contributo allo studio del „pediculoides ventricosus" causa di una dermatite eritemo-papulosa manifestatasi in forma epidemica tra gli scaricatori del Porto di Trieste (Beitrag zum Studium des „Pediculoides ventriculosus" als Ursache einer erythemato-papulösen Dermatitis, die sich in epidemischer Form unter den Schiffsausladern von Triest gezeigt hatte). S. 224.

Verf. hatte Gelegenheit, im Hafen von Triest eine kleine Epidemie von Getreidekrätze, welche durch zwei Getreideschiffe aus Albanien eingeschleppt worden war, genau zu studieren. Nachdem er zunächst mikroskopisch das Vorhandensein von Pediculoides ventriculosus nachgewiesen hatte, versuchte er durch Auflegen von nicht graviden Weibchen auf seine Haut, sich zu infizieren, was ihm auch gelang, ohne daß er aber imstande gewesen wäre, in den Effloreszenzen oder deren Umgebung einen Parasiten zu finden. Verf. hat dann mit den im Getreide vorgefundenen Parasiten zahlreiche andere Versuche angestellt, welche ihn zu folgenden Schlüssen führten: 1. Nur die junge Weibchen von Pediculoides ventriculosus ist imstande, die Dermatose hervorzurufen. 2. Während des Saugaktes schwillt der Unterleib des Weibchens enorm an und es entwickeln sich in ihm Embryonen beiderlei Geschlechtes, welche auch geboren werden (Parthenogenese). 3. Die Kälte tötet den Parasiten nicht, sondern lähmt nur seine Fortpflanzungsfähigkeit. 4. Es wurde auch beobachtet, daß der Pediculoides ventriculosus sich von einem anderen Akarus (Glycyphagus spinipes) nährte, nachdem er ihn durch Stiche betäubt hatte. 5. Es ist nicht notwendig, das infizierte Getreide zu vernichten, da zur Desinfektion Zyanwasserstoff ausreichend ist.

Spicca, G.-Rom: Studio sperimentale sull' herpes zoster (Experimentelles Studium über den Herpes zoster). S. 272.

Verf., welcher Gelegenheit hatte, in der Klinik Bosellini zahlreiche fast epidemisch auftretende Fälle von Herpes zoster zu beobachten, hat bei zahlreichen Kaninchen die Versuche von Lipschütz wiederholt, indem er die Kornea der Tiere mittels Skarifikationen und Stichelungen mit dem Inhalte der Zosterblasen impfte. Er konnte dabei zwar viele Befunde von Lipschütz sowohl an der Kornea als auch im Zentralnervensystem der Tiere bestätigen, ohne daß er aber behaupten konnte, daß das Agens, welches diese Befunde hervorgebracht hatte, das Virus des Herpes zoster sei (bekanntlich gelangte auch Truffi zu denselben Schlüssen).

Mibelli, A.-Messina: Sull' impiego dell' estratto di ratania in dermatologia (Über die Verwendung des Rathaniaextraktes in der Dermatologie). S. 281

Nachprüfung der von Oppenheim zuerst angegebenen und von Fried bestätigten günstigen Wirkung einer 10%igen Ratanhiasalbe bei torpiden Geschwüren. Verf. hat es für empfehlenswert, die Geschwüre vor der Behandlung von bakteriellen Verunreinigungen zu säubern. Besonders gute Erfolge bei Skrophuloderma und Erythema induratum.

Spicca, G.-Rom: Su di un caso di psoriasi da neosalvarsan (Über einen Fall von durch Neosalvarsan provozierter Psoriasis). S. 240.

Fall von Psoriasis typischen Aussehens, welcher bei einem sonst niemals an Psoriasis

Digitized by Google

eidenden Primärluetiker nach der 5. Neosalvarsaninjektion (0,75) aufgetreten war und nter weiteren Neosalvarsaninjektionen an Intensität zunahm. Heilung nach Aussetzen er Neosalvarsaninjektion und unter Fortsetzung der Behandlung mit Kalomel. Verf. rklärt die Form der Intoxikation an der Hand der Theorie von Buschke-Sklarz.

Ciarrocchi, L.-Rom: Sulla presenza e proprieta fisiologiche dei leucociti nelle ecrezioni e nelle flittene della cute (Über das Vorhandensein und die physiologischen Eigenschaften der Leukozyten in den Sekreten und Phlyktenen der Haut). S. 248.

Äußerst sorgfältig angelegte Untersuchungen: 1. um die Anwesenheit von Leukoyten im Schweiße, d. h. um das Vorhandensein einer wahren physiologischen Wanderung der weißen Blutkörperchen vom Innern des Körpers gegen die Hautoberfläche estzustellen, wie sie durch die Anwesenheit von zahlreichen Leukozyten in der Nasenschleimhaut, im Speichel und im Darmsaft als wahrscheinlich sich erwiesen hat. 2. um ie mittleren Temperaturgrade zu eruieren, innerhalb deren die in den durch Kanthaidinpflaster und CO_2-Schnee hervorgerufenen Blasen vorhandenen Leukozyten noch ebendig erhalten bleiben können. 3. um die Leukozytenformel des Blaseninhaltes zu rmitteln, und 4. um die histologischen Charaktere der Blasendecke festzustellen. Diese ragen werden studiert und beantwortet und die Resultate über die Phlyktenotherapie itgeteilt. Die Arbeit enthält eine reichhaltige Literatur.

Martinotti, L.-Bologna: Gli olii minerali nella terapia dermopatica (Die Mineralöle in der Therapie der Hautkrankheiten). S 285.

Verf. hat mit gutem Erfolge einige als Gleitmittel in Verwendung stehende Öle ei verschiedenen Hautkrankheiten angewendet. Die besten Resultate erhielt er bei Verwendung des „Mobiloil" und des Texacomotoroil. Die Wirkungsweise dieser Öle ist ine entzündungshemmende und granulationsbefördernde. Besonders gute Erfolge bei Verbrennungen verschiedenen Grades, bei chronischen Ekzemen, bei Frostbeulen, Perionychien, bei banalen Erosionen der Vulva, bei Abszessen, bei infizierten Rißquetschwunden, bei Varixgeschwüren, Radiodermitiden und, in Tamponform angewendet, bei Fortiogeschwüren. Die genannten Öle können sowohl direkt als auch in Paste oder Salbenform verwendet werden.

1929, Bd. 4, H. 4

Ferrari, A. V.-Turin: Reazioni allergiche e reazioni farmacodinamiche nella Lebbra (Allergische und pharmakodynamische Reaktionen bei Lepra). S. 305.

Verf. hat 9 Lepröse verschiedener Stadien in folgender Hinsicht untersucht: 1. auf Allgemeine Reaktion gegenüber spezifischen und nichtspezifischen Antigenen; 2. auf pharmakodynamische Reaktionen, mit besonderer Rücksichtnahme auf die lokalen, auf denen mit normaler oder alterierter Sensibilität, und 3. auf eventuelles Vorhandensein eines Parallelismus zwischen den Gefäßzuständen, wie sie sich durch pharmakodynamische Reaktionen darstellen lassen, und das Verhalten der allergischen Reaktionen. Bezüglich des ersten Punktes wurden zunächst spezifische Antigene benutzt, welche Verf. durch Blasensetzung auf größere Lepraknoten gewann und die er entweder ohne weiteres verwendete oder durch Hitze (60°) oder durch Kälte (— 20°) inaktivierte. Von unspezifischen Antigenen wurde Tuberkulin, Trichophytin, Pferdeserum und Gonargin benutzt. Technik teils Intradermo-, teils Kutireaktion. Untersucht wurde stets auf analogen Körperstellen. Es wurde zunächst festgestellt, daß die Reaktionen auf anästhesischen oder normalen Hautbezirken identisch waren. Resultate: a) Kutireaktion: Bei 7 Fällen nach 24 Stunden keine Reaktion mit spezifischen und nichtspezifischen Antigenen. In 5 Fällen papulöse Reaktion mit Tuberkulin. Intradermoreaktion mit virulentem und inaktivem Material war bei allen 9 Fällen positiv. Mit Tuberkulin positiv in einem Falle, negativ in zwei, in den anderen Fällen schwache und verspätete Reaktion. Mit Trichophytin in einem Falle positiv, mit Gonargin wurde in allen Fällen eine sich später mit nekrotischem Schorf bedeckende Papel erzeugt. b) Pharmakodynamische Reaktionen: . Keine sichtbaren Unterschiede im Grade der Reaktion auf Adrenalin, Morphium nd Histamin in den anämischen oder normalen Zonen. Sowohl der die durch Adrenalin anämisch gemachten Flecke umgebende Hof und die durch Morphium und Histamin rzeugten Quaddeln, als auch das durch Senf und Schmerz erzeugte Erythem waren onstant und vollständig abwesend in den anästhetischen Zonen. Auch der Pilomotorenreflex zeigt sich konstant fehlend in den anästhetischen Zonen, während er n den sensiblen ausgesprochen vorhanden war. In einem Falle zeigte sich Fehlen es Pilomotorenreflexes und des erythematösen periadrenalinischen, sowie des durch Morphium und Histamin erzeugten Hofes in der Umgebung der Quaddeln und in den

Digitized by Google

von den erythematösen Kreisen umgebenden Zonen, trotz der Abwesenheit von wahrnehmbaren Sensibilitätsstörungen, was sich schwer durch die Theorie der Zylinderachsenreflexe erklären läßt. Bezüglich der dritten Frage, welche sich Verf. gestellt hatte, ob nämlich Beziehungen zwischen den pharmakodynamischen und allgemeinen Reaktionen bestehen, hat Verf. keinerlei Parallelismus in dieser Richtung feststellen können.

Bagnoli, N.-Bologna: La relazione sul lichen planus al congresso di Strasburgo (Bericht über den Lichen planus auf dem Kongresse in Straßburg). S. 331.

Ausführlicher Bericht über die große Lichen-planus-Debatte auf dem Kongresse von Straßburg.

Artom, M.-Novara: Esantema medicamentoso da sintalina (Medikamentöses Exanthem durch Syntalin). S. 340.

44jähr. Pat., welcher wegen Diabetes durch 10 Tage je 2 Tabletten von Gluhorment (von Norden) genommen hatte, beobachtete das Auftreten eines juckenden, rotfleckigen Exanthems, welches bei weiterem Genusse der Tabletten zunahm. Bei der Spitalsaufnahme zeigte sich folgender Befund: auf Rumpf und Gesäß ein aus kleinsten, roten, rundlichen, nicht erhabenen, stellenweise zu Plaques konfluierenden Flecken bestehendes Exanthem, das stellenweise schuppt. Gesicht und obere Extremitäten frei. Das ganze Bild erinnert an Masern. Auf Aussetzung der Tabletten Heilung innerhalb 4 Tagen. Versuchsweise Wiederreichung der Tabletten erzeugt neuerlichen Ausbruch des Exanthems, welches auch erscheint, als statt Glukhorment Syntalin gegeben wurde. Insulin wurde dagegen glatt vertragen. Verf. knüpft an den Fall, welchen er auch in pharmakodynamischer Hinsicht auf das genaueste untersucht hat, interessante Betrachtungen über die Pathogenese des Exanthems, auf welche im Referat nicht eingegangen werden kann.

Ciambellotti, E.-Siena: Sulla sostituzione con una soluzione alcoolica di fenolo dei comuni estratti lipoidei nella sierodiagnosi del Wassermann (Über den Ersatz der gebräuchlichen Lipoidextrakte bei der Wassermannschen Reaktion durch eine alkoholische Phenollösung). S. 154.

Nachprüfung der von Ninni und Molinari angegebenen Modifikation der WR, wobei die gebräuchlichen Lipoidextrakte durch eine alkoholische Phenollösung (1:50) ersetzt sind. Es wurden im ganzen 200 teils syphilitische, teils nichtsyphilitische Individuen untersucht. Die Methode wird vom Verf. auf das wärmste empfohlen.

Spicca, G.-Rom: Su un caso di vaccino generalizzato spontaneo (Über einen Fall von generalisierter spontaner Vakzine). S. 368.

5jähr. Kind. Vor 6 Monaten Skarlatina. Nach einer regelrechten Impfung gegen Blattern Auftreten eines zunächst papulösen und nach 4 Tagen pustulös werdenden Exanthems. Temperatur 30,5°. Sonstiges Befinden sehr gut. 15 Tage nach der Impfung wird folgender Status erhoben: Brust, Rumpf, Abdomen und obere Extremitäten sind Sitz eines in verschiedenen Stadien befindlichen pustulösen Exanthems. Vom Blutbefund bemerkenswert 6% eosinophiler Zellen. Mit Krusten der Pusteln wird der Guarnierische Versuch angestellt und dabei am Kaninchenauge ein positives Resultat erhalten. Auch mikroskopisch Befund positiv für Cytoryctes Guarnieri. Verf. stellt sich die Frage, ob es sich um einfache Autovakzine oder um einen allgemeinen Prozeß handelt und ist eher geneigt, letztere Möglichkeit anzunehmen. Schließlich versucht er die Generalisierung der Vakzine in seinem Falle auf immunbiologischem Wege zu erklären, wobei er annimmt, daß die überstandene Skarlatina vielleicht einen besonderen Zustand von Hypersensibilisation hervorgerufen hat. E. Freund-Triest.

Mitteilungen aus der Literatur

Prurigo und Pruritus

Strokin-Moskau: Zur Frage des Zusammenhanges des Pruritus vulvae mit Störungen der Tätigkeit der endokrinen Drüsen. Wratschebnaja Gaseta. 1929 Nr. 17/18.

Verf. beschreibt drei Fälle von heftigem, jeder Behandlung trotzendem Jucken der Genitalpartie bei Frauen während des Klimakteriums bzw. Störungen der Ovarien. Der Zusammenhang mit den Störungen der endokrinen Drüsen wurde auch bewiesen durch den glänzenden Erfolg der ovarialen Organtherapie. Außerdem nimmt aber

Digitized by Google

auch die Hypophysis teil an den Äußerungen des Geschlechtslebens. Diabetes, Fettsucht und andere Erscheinungen derselben Ordnung sind nur als Symptome der Störung der entsprechenden Drüsen aufzufassen. A. Jordan-Moskau.

Gabriel, W. B.: Treatment of Pruritus Ani and Anal Fissure (Behandlung von Pruritus ani und von Fissura ani). Brit. m. J., 1929, Nr. 3571, S. 1070.

Sehr bewährt hat G. die subkutane Injektion von Benacol, einer Lösung von Para-amino-benzoyl-benzoat mit Phenmethylol āā in 90 Teilen reinem Ol. olivarum dulce, gefunden bzw. auch das als A.B.A. bezeichnete Präparat, eine 3%ige Lösung von Anästhesin mit Benzylalkohol (5%) und Äther (10%) in sterilem Olivenöl. Von dieser Lösung werden je 2 ccm auf einmal subkutan in der Richtung auf den Analrand hinzielend eingespritzt, bis man bei Verwendung von je 2 Ampullen pro Sitzung bei 3- bis 7tägigen Pausen die ganze Umgebung des Anus mit fächerförmigen Einstichen umsäumt hat. Zuweilen hört der Juckreiz schon nach einer oder wenigen Einspritzungen auf. Die gleichen Lösungen geben auch bei Fissuren am Anus gute Resultate, indem man sie nach Pinselung mit Jodtinktur in den Sphincter ani externus und unter die Basis der Fissur einspritzt.

A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Thermische und traumatische Hautschädigungen

Stockes, J. H., u. V. C. Carner-Philadelphia: The Diagnosis of Self-Inflicted Lesions of the Skin: A Contribution to Physical Diagnosis in Dermatology (Die Diagnose selbstbeigebrachter Hautveränderungen; ein Beitrag zur physikalischen Diagnose in der Dermatologie). J. Am. m. Ass., Bd. 93, Nr. 6, S. 438.

Mitteilung eines Falles von Selbstverletzungen der Haut bei einer Hysterika mit Raynaudscher Krankheit, bei der auf Grund der Verletzungen wiederholte Amputationen in etwa 20 Jahren stattgefunden hatten. Die selbst beigebrachten Veränderungen der Haut lassen sich einteilen in neurotische Exkorationen, in Dermatosen durch gewohnheitsmäßige Lagerungen oder Bewegungen, in vorgespiegelte Eruptionen bei Hysterischen und in Schädigungen in böser Absicht, um durch die Krankheit Vorteile zu erringen. Die Hautverletzung läßt sich diagnostizieren auf Grund physikalischer Faktoren, des Studiums der Zeitfolge der Faktoren, der Bewertung des neurologischen und seelischen Zustandes des Patienten, der Abschätzung der Ursache. Physikalisch charakteristisch sind die bizarre Form, Musterung und Verteilung der Krankheitsherde und Narben und ihr ausschließlicher Sitz an erreichbaren Körperstellen. Bemerkenswert ist die Präponderanz der Verbrennungen (40—60%). F. Juliusberg-Braunschweig.

Ekzem, Rosazea

Bloch, B.-Zürich: Das Ekzem vom Standpunkt der Idiosynkrasie. Mschr. f. Kinderhlk., Bd. 44. H. 1/6, S. 17.

Die Haut der Ekzematiker unterscheidet sich von der normalen im wesentlichen durch größere Reichweite ihrer idiosynkrasischen Einstellung; sie reagiert auf eine größere Zahl, wohl auch auf banalere, d. h. häufiger in der Umwelt vorkommende Reize. Entscheidend für das Gesundbleiben eines Individuums oder seine Erkrankung an Ekzem ist letzten Endes nur die Häufigkeit und Intensität des Kontaktes der Haut mit Substanzen, für die sie eine idiosynkrasische Einstellung besitzt bzw. zu erwerben vermag. R. Ley-Kreuznach.

Sandels, T.-Frankfurt a. M.: Die Wirkung der Salzsäuretherapie auf die Empfindlichkeit der Haut gegenüber verschiedenen Hautreizen. (Univ.-Kinderkl.) Arch. f. Kinderhlk., Bd. 88, H. 2/3, S. 146.

Die außerordentlich guten Heilerfolge der Behandlung des kindlichen Ekzems mit Salzsäuremilch, besonders des Eczema seborrhoicum, Eczema intertriginosum, der Psoriatide und der Erythrodermia desquamativa, legten eine Untersuchung nahe, ob durch die Salzsäuremilch die Entzündungsbereitschaft der Haut geändert wird. Bei Verwendung von 4% Formol, von Arnikatinktur und von Leukoplast als Testsubstanzen sah Verf. bei 50% aller Kinder nach dem ersten Trimenon bis zum 8. Lebensjahr eine starke Übererregbarkeit der Haut und eine Herabsetzung der Übererregbarkeit durch Salzsäuremilch; die Benutzung der Weinsäuremilch und der Isooxybuttersäuremilch gab weniger gute Resultate. F. Winkler-Wien.

Digitized by Google

Lutz, W.-Basel: Ekzem, ekzematoide Dermatitis und torpide Ulzera als Komplikationen von Hautverletzungen. (Dermatol. Kl. d. Univ.) Schweiz. m. W., 1929. Nr. 36, S. 901.

Nach Hautverletzungen stellen sich gelegentlich Komplikationen ein, die unter der gewöhnlichen Behandlung nicht schwinden, sich eher verschlechtern. Zunächst kann sich unter dem Salbenverbande eine ekzematöse akute Reizung infolge in der Salbe enthaltener schädigender Stoffe oder einer Empfindlichkeit gegen Fettstoffe oder einer Idiosynkrasie einstellen, die sich über weitere Hautbezirke ausdehnt. Oder es kommt zu stärkerer Rötung, Nässen, Mazeration der Haut, Bildung von Bläschen, Blasen, Pusteln, Krusten, Ulzerationen, im ganzen zu einen als ekzematoide oder erosive Dermatitis zu bezeichnenden Zustand. Beide Formen können gemischt vorkommen. Zur Behandlung empfehlen sich feuchte Verbände, die eine desinfizierende Wirkung entfalten müssen (Zusatz von Sublimat, Hydrarg. oxycyanat., Kal. permangan., Chloramin), nach erfolgter Abtrocknung Salizyl-Zinkpaste oder Zinktrockenpinselung mit Tumenol. Zum Schluß nach längerer Dauer der Erkrankung eventuell noch eine Röntgenbestrahlung, bei Erkrankung am Unterschenkel Zinkleimverband. Besonders am Unterschenkel kann es auch im Anschluß an Verletzungen zu torpiden Ulzerationen mit schlaffen Granulationen, schmierigem Sekret, einzelnen nekrotischen Partien, mangelnder Überhäutungstendenz kommen, in deren Umgebung die Haut die vorher beschriebene erosive, blasige und pustulöse Dermatitis zeigen kann. Auch hier feuchte Umschläge (Chloramin 1:1000), dann Salben (Desitin), zur Abhärtung der Haut Trockenpinselung, zum Schluß Zinkleimverband.

E. Levin-Berlin.

Rullmann, E.-Gießen: Über Eczema vaccinatum. (Univ.-Kinderkl.) Arch. f. Kindhlk., Bd. 88, H. 1, S. 20.

Ein nicht geimpftes, mit Ekzem behaftetes Kind wird von einem revakzinierten älteren Mädchen infiziert; am 10. Tag nach der Ansteckung ist der Ausschlag und das Krankheitsbild auf dem Höhepunkt. Bei schwerkrankem Allgemeinzustand sind Arme, Streckseiten der Kniegelenke, behaarter Kopf und Gesicht mit dichtstehenden, stark an echte Variola erinnernde Pusteln besetzt. Die Schleimhäute sind nicht befallen. Nach 4 Tagen klingt das Fieber ab, nach 2 Wochen sind alle Pusteln, ohne Narben zu hinterlassen, abgeheilt.

R. Ley-Kreuznach.

Moro, E.: Eczema infantum. Mschr. f. Kinderhlk., Bd. 44, H. 1/6, S. 45.

Im ersten Trimenon des Kindesalters gehört das Ekzem zu den Seltenheiten: In diesem Zeitabschnitt muß der Säuglingsausschlag als Dermatose bezeichnet werden. Diese Trimenondermatosen tragen ihr eigenes Gepräge, sie werden nach ihrem Höhepunkt, der Erythrodermia desquamativa Leiner als Erythrodermiegruppe gekennzeichnet. Für das echte Ekzem ist der Status punctosus charakteristisch, der der neurogenen Natur der Reaktion entspricht. Bei der Trennung der Dermatose wird großer Wert gelegt auf die Unterscheidung von sicher ekzematösen Formen und solchen, die zwanglos als Dyskeratosen bezeichnet werden können (Erythrodermien und Crusta lactea). Mischformen sind häufig (ekzematisierter Milchschorf). Bei der Crusta lactea ist vielleicht an eine Rachitis der Haut zu denken.

R. Ley-Kreuznach.

Rost, G. A., u. Ph. Keller-Freiburg i. Br.: Über die Spätperiode der exsudativen Diathese. Mschr. f. Kinderhlk., Bd. 44, H. 1/6, S. 49.

Bei vielen exsudativen Kindern heilen die Ekzeme im 2. Lebensjahre ab; in der Schulzeit findet man bei weiterem Verlauf häufig infiltrierte Stellen an den Gelenkbeugen, seltener den Halsseiten, die im Winter oder Frühjahr stark zu jucken anfangen. In der Pubertät erreichen sie ein Minimum, um in den folgenden Jahren in einer gewissen Zahl sich plötzlich wieder stark auszudehnen. Gelenkbeugen, Innenseite der Oberschenkel, Brust, vor allem das Gesicht, werden unter quälendem Juckreiz befallen; letzteres erinnert an das Bild des typischen Säuglingsekzems. Diese Hauterkrankung bezeichnet Rost als spätexsudatives Ekzematoid; es bestehen sichere Beziehungen dieser Erkrankung zu Asthma. Unter Benutzung der Hautprobe reagieren fast alle Spätexsudativen einwandfrei polyvalent auf mehrere Eiweißextrakte, zeigen aber keine Überempfindlichkeit auf die Chemikalien nach Bloch.

R. Ley-Kreuznach.

Bain, L. W.: Antimony Treatment of the Acne Rosacea (Antimonbehandlung bei Akne Rosazea). Brit. m. J., 1929, Nr. 3575, S. 51.

Bei einem sehr refraktären Fall von A. ros. sowie bei Furunkulose und auch

Digitized by Google

bei Ulcus cruris mit starker Induration der umgebenden Haut hat B. von der Verbreichung von Tartarus stibiatus (0,004 in 15 ccm Wasser, per die nach den Mahlzeiten gegeben) gute Resultate gesehen. A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Psoriasis

Mihajlović, V.-Belgrad: Zur Behandlung der Psoriasis mit Verdauungsprodukten aus den Hautschuppen. (I. Abt. f. Haut- u. Geschlechtskrkh. d. staatl. Krankenhauses.) W. kl. W., 1929, Nr. 37, S. 1192.

Verf. läßt nach der Methode von Joannović einen Extrakt herstellen, der aus den Schuppen von Psoriasisplaques, die in Trypsin oder Pepsin verdaut werden, besteht. Die Injektionen werden subkutan jeden oder alle paar Tage in Menge von 3—5—10 ccm gegeben und anstandslos vertragen. Es empfiehlt sich, für jeden Psoriatiker einen Extrakt aus eigenen Schuppen herzustellen, doch kann man auch einen auf Vorrat hergestellten Extrakt, der von einem anderen Patienten stammt, verwenden. An 10 Krankengeschichten zeigt Verf., daß bei sonst nicht beeinflußbaren Fällen mit dieser neuen Methode Heilung oder Besserung erzielt werden konnte. Kurz nach der Injektion kommt es unter stärkerem Jucken zu erhöhter Abschuppung der Effloreszenzen; bald danach stellt man fest, daß bei Abkratzen der Schuppen die punktförmige Blutung ausbleibt und die Effloreszenzen sich zurückbilden. An den Stellen der abgeheilten Plaques findet man fast immer leukodermatische Flecken. An der Kopfhaut schwinden die Effloreszenzen am schnellsten, an Knien und Ellenbogen am schwersten. H. Colman-Berlin.

Stefanoff, Wlad.-Sofia: Zur Therapie der Psoriasis vulgaris. Clinica Bulgara, 1929, Nr. 3, S. 161.

Nach Verf. bietet die intramuskuläre Injektionsbehandlung mit der Schwefelmischung nach Bory zwar gute Heilresultate, doch sind die Nebenwirkungen (Schmerz an der Injektionsstelle, Fieber und Kopfschmerz) störend genug, um diese Methode für die ambulante Praxis als ungeeignet zu bezeichnen. Auch die intravenösen Injektionen, mit Natr. salicyl. (20%) sind wegen der nicht seltenen Intoxikationserscheinungen (Schwindel, Kopfschmerz, Magenstörung, einmal sogar Kollaps) für poliklinische Kuren nicht verwendbar, um so mehr, als der therapeutische Effekt keineswegs hervorragend ist. Empfehlenswert sind dagegen intravenöse Einspritzungen von Triphal. Dieses Mittel hatte sich auch in gegenüber anderen Behandlungsweisen resistenten Fällen sowie bei schwereren Formen von Psoriasis generalisata als wirksam erwiesen. M. Kazarowa-T. Pasardschik.

Fabry, J.-Dortmund: Richtlinien für die Überweisung von Psoriasiskranken an radiumhaltige Bäder. Med. Welt, 1929, Nr. 33, S. 1198.

Fabry stellt für die Bäderbehandlung der Psoriasis folgende Richtlinien auf. An erster Linie kommen Schwefel- und Schlammbäder in Frage. Er nennt an der Spitze Aachen-Burtscheid, dann in Westfalen Meinberg, Eilsen, Nammees, in Hannover Neundorf, im Schwarzwald resp. in der Schweiz Bad Leuk, Leukerbad und Baden bei Zürich. Weiterhin Wiessee in Bayern und Pistyan in Mähren. Die Kur soll 4—6 Wochen dauern und im allgemeinen zwei Bädertagen ein Ruhetag folgen. Jede antipsoriatische Lokalbehandlung hat währenddessen zu unterbleiben. Man soll einen Psoriatiker erst dann in ein Bad schicken, wenn die sichtbaren Symptome ganz geschwunden sind. Der Psoriasis gleich wird das Ekzema seborrhoicum Unna behandelt. H. Lippert-Köln.

Bullöse Dermatosen

Garland, J.: Epidermolysis Bullosa: Report of a Case with Lesion Present at Birth (Epidermolysis bullosa; Bericht über einen Fall, bei dem bei der Geburt schon Krankheitsherde vorhanden waren). J. Am. m. Ass., Bd. 93, Nr. 12, S. 918.

In der Familie waren ähnliche Krankheiten nicht vorgekommen. Bei der Geburt war ein Gebiet am linken Fuße, sich weit ausdehnend an der Vorderseite, aber auch zu dem Knöchel übergehend und die Ferse einschließend, ganz von Haut entblößt. Ein ähnlicher aber kleiner Herd trat kurz nach der Geburt am rechten Fuße auf. Der weitere Verlauf der Krankheit war ein milder. Zu Heilung der ausgedehnten Herde bewährte sich eine 2½%ige Tanninsäurelösung.

F. Juliusberg-Braunschweig.

Digitized by Google

Gaté, J., H. Thiers u. P. Michel: Modifications humorales dans la maladie de Duhring (Humorale Veränderungen bei der Duhringschen Krankheit). Compt. rend. Soc. Biol., Bd. 101, Nr. 25, S. 1146.

Untersuchungen bei einem Falle Duhringscher Krankheit ergaben bedeutende Hypoproteinämie (7 g Protein-N an Stelle von 10—12 g), Störung des Chlorgleichgewichtes (zu geringer Chlorgehalt der roten Blutkörperchen im Verhältnis zum Plasma), Störung des Lipoidstoffwechsels (Hypercholesterinämie), Azidose (Verminderung der Alkalireserve). E. Levin-Berlin.

Danisch, F.-Jena: Impetigo herpetiformis bei postoperativer Tetanie und parathyreoipriver Kachexie. Ein Beitrag zur Kenntnis des Verhaltens der inkretorischen Organe und des sympathischen Nervensystems bei Epithelkörpercheninsuffizienz. (Path. Inst. d. Univ.) Frankf. Zschr. f. Path., Bd. 38, H. 1/2, S. 2[illegible]

Die Gesamtzahl der bekannt gewordenen Fälle von Impetigo herpetiformis dürfte etwa vierzig betragen; unter ihnen finden sich sechs bei nichtgraviden Frauen; Verf. fügt einen neuen Fall bei einer nichtgraviden 44jähr. Frau zu, die ein Jahr nach dem postoperativen Auftreten von Tetanie an Schuppenbildung am Kopfe mit allmählicher Ausbreitung der Schuppenauflagerungen über den ganzen Körper erkrankte. Bei der Sektion zeigte sich neben starker Kachexie das Fehlen der Epithelkörperchen; nur im Bereiche des rechten oberen ehemaligen Schilddrüsenpols fand sich ein maximal 7½ mm großes, von fibröser Kapsel umgebenes Gebilde, das sich als völlig degeneriertes rechtes oberes Epithelkörperchen erwies. Die auf Ausfall der Epithelkörperchen berechnete Dysfunktion des vegetativen Nervensystems ist ein begünstigender Faktor für das Auftreten der Hauterscheinungen, vielleicht infolge von Gefäßspasmen oder von mangelhafter Blutversorgung; die Störung des Kalkstoffwechsels ist nicht allein das ursächliche Moment für die Entstehung der Impetigo herpetiformis, da bei anderen, mit schwersten Störungen des Kalkstoffwechsels einhergehenden Erkrankungen (Diabetes, Nierenerkrankungen), ebenso bei leichteren Fällen von postoperativer mitigierter Tetanie, bei Tuberkulose und Osteoporose die Impetigo herpetiformis nicht vorkommt. F. Winkler-Wien.

Lutz, W.-Basel: Zur Arsentherapie von Hautkrankheiten. Arsylen bei Lichen ruber und Dermatitis herpetiformis. Schweiz. m. W., 1929, Nr. 45, S. 1122.

Bei Lichen ruber und Dermatitis herpetiformis wurden mit Einspritzungen und eventuell Tabletten von Arsylen in steigender und fallender Dosis Erfolge erzielt, die denen anderer Arsenpräparate überlegen zu sein scheinen. Die auffallend bessere Wirkung ist auf die chemische Konstitution des Arsylens zu beziehen, infolge deren eine bessere Wirkung des Medikaments erzielt wird. Besonders für die Dermatitis herpetiformis, bei der die bisherige Therapie mehr oder weniger versagt hat, wird dies, wenn die Erfolge von Dauer sind, von größter Bedeutung.

E. Levin-Berlin.

Toschkoff-Sofia: Behandlung der Dermatitis herpetiformis Duhring mit massiven Dosen von Arsen. Clinica Bulgaris, 1929, S. 124.

Bericht über zwei typische Fälle von Dermatitis herpetiformis. Begonnen wurde mit 0,5 ccm einer 50%igen Lösung von Natrium kakodylicum in täglich steigenden Dosen bis 2 ccm und wieder zurück bis zur Anfangsdosis. Die Lösung wurde intravenös appliziert. Nebenerscheinungen traten nicht auf, auch der Urin blieb normal. Im ersten Falle eines 18jähr. Kranken mit seit 10 Monaten bestehender, vordem verschiedentlich erfolglos behandelter Hautaffektion erfolgte nach 15 Tagen Abtrocknung der Blasen und Aufhören des Juckreizes. Im zweiten Falle eines 13jähr. Jungen traten zwar während der Behandlung noch ganz vereinzelte neue Eruptionen auf, doch erfolgte auch hier vollständige Heilung. Sichtlich gut wirkte die Arsenbehandlung auf das Allgemeinbefinden. Von Interesse ist die Mitteilung über ein 8 Monate altes Kind, bei welchem die Dermatitis herpetiformis im Gefolge einer zufällig erworbenen Masernerkrankung restlos geschwunden war.

M. Kazarowa-T. Pasardschik.

Follikulitis, Furunkel, Akne

Wirz, Fr.-München: Zur Behandlung des Keloids nach Furunkel mit Jodiontophorese. (Dermatol. Univ.-Kl.) M. m. W., 1929, Nr. 36, S. 1515.

W. warnt vor übertriebenen Hoffnungen bei der Keloidbehandlung mit Iontophorese, wie sie durch den Aufsatz durch Eiger in der M. m. W., 1929, Nr. 3 geweckt werden könnten. Sprafke-Chemnitz.

Digitized by Google

Eiger, J.-Petersburg: Zur Behandlung des Keloids nach Furunkel mit Jodntophorese. M. m. W., 1929, Nr. 31, S. 1297.

Empfehlung folgender Methode zur Beseitigung von Keloiden, besonders nach 'urunkeln: mittelgroße, runde Elektrode, als Kathode mit einem Wattebausch beeckt, wird in eine 2%ige Jodkalilösung getaucht und auf das Keloid gelegt. Die weite größere Elektrode wird als Anode an irgend eine andere Stelle, z. B. den ücken, gebracht und Strom von etwa 10—20 mA eingeschaltet. Nach 10—15 Anendungen ist Heilung mit gutem kosmetischem Effekt erreicht.

B. Peiser-Berlin.

Erysipel, Phlegmone usw.

Baerthlein, K.-Würzburg: Zur Ätiologie des Erysipels, insbesondere des hronisch rezidivierenden Erysipels. Zbl. f. Bakt., Bd. 114, H. 4/6, S. 271.

In 18 Fällen von teils akutem, teils chronischem Erysipel wurden als Erger der Erkrankung Diphtheriebazillen nachgewiesen. Charakteristisch für das rankheitsbild sind die starken Schwellungen und Rötungen der Haut, die Trockenit und Neigung zu Schuppenbildung bzw. Bildung von Blasen serösen, klaren Inltes, ferner der sehr starke Juckreiz und das meist mäßige Fieber. Prompte eilung nach Injektion von Di-Bazillen-Auto-Vakzine.

F. Harry-Wiesbaden.

Gavrila, J., Secarea u. Magureanu: L'évolution des plaquettes dans la scartine et l'érysipèle (Die Entwicklung der Blutplättchen beim Scharlach und Erysipel). mpt. rend. Soc. Biol., Bd. 102, Nr. 26. S. 183.

Bei beiden Krankheiten ist die Zahl der Blutplättchen während des fieberhaften adiums herabgesetzt, und zwar entsprechend der Schwere der Erkrankung. Mit ntretender Rekonvaleszenz nimmt die Zahl wieder zu, so daß eine Kreuzung mit r Fieberkurve eintritt. Die Kurve der Leukozyten verläuft gerade umgekehrt.

E. Levin-Berlin.

Fried, C.-Breslau: Die Röntgentherapie des Erysipels. (Röntgeninst. „Nathanttauer-Stiftung" am Israel. Krankenh.) Sthrahlenther., Bd. 33, H. 4, S. 673.

So schwierig es ist, beim Erysipel den Wert einer neuangewandten Therapie beurteilen, waren die Erfolge nach kleinen Röntgendosen doch oft verblüffend. ie Patienten konnten, wenn die Ausbreitung 1—2 Handflächengröße nicht überhritt, häufig schon 48 Stunden nach Beginn der Erkrankung entlassen werden. uch bei beträchtlicher Ausdehnung mit stärksten Schwellungen und Blasenbildung eht man nicht selten schon in den ersten 24 Stunden steilen Temperaturabfall, esserung des Allgemeinbefindens und Verringerung der Schmerzen. Das Erysipel hreitet nicht mehr fort, um in den nächsten 1—2 Tagen bei zunehmender Frische s Kranken ganz abzublassen. Manchmal sinkt das Fieber im Anschluß an die estrahlung stark ab, hält sich jedoch zwischen 37,5—38°. Die Rötung und Schwelng geht nur unwesentlich zurück, bleibt unverändert oder schreitet gar fort, und ch 1—2 Tagen kommt es wieder zu Fieberzacken, worauf weitere 1—2 Bestrahngen prompte Fiebersenkung und Rückbildung der örtlichen Erkrankung bewirken. rysipelrezidive werden durch die Röntgenbestrahlung nicht vermieden. Weniger instig reagiert das Erysipeloid. Bestrahlungstechnik: Je nach Lage und zusätzher Dosis 120 r pro Feld, Spannung 100—160 KV eff., 4—8 mA, 0,5 mm Zn oder 5 mm Cu und 1 mm Al; bei ausgedehnten Erysipelen wird ein größerer FHA gewählt. Das sichtbar ergriffene Gebiet nebst einer Grenzzone von Dreifinger- bis andbreite muß dem Strahlenbereich unterworfen werden; würden die Felder zu oß, so beschränke man sich auf den Rand nebst Grenzzone. Wiederholungen werden m Stand der Krankheit bestimmt, doch sollen mindestens 24 Stunden zwischen Bestrahlungen liegen.

E. Kottmaier-Mainz.

Lavergne, V. de, P. Florentin u. H. Gousset: Les traitements biologiques de érysipèle. Essais expérimentaux (Die biologischen Behandlungsmethoden des Erypels). Paris Méd., 1929, Nr. 35, S. 180.

Die biologischen Behandlungsmethoden, und zwar Antistreptokokkenserum in tlichen und entfernteren Einspritzungen sowie Umschlägen und allgemeine und tliche Vakzination, erwiesen sich vollkommen unwirksam. Bei experimentellen Verchen am Kaninchen konnte die Krankheit weder verhindert noch zum Stillstand bracht werden.

E. Levin-Berlin.

Digitized by Google

Rouèche, H.: Orchite double chez un nourrisson de neuf mois atteint d'érysipèle de la face (Doppelseitige Hodenentzündung bei einem Säugling von neun Monaten mit Gesichtserysipel). J. de Méd. de Paris, 1929, Nr. 34, S. 722.

Im Verlaufe eines sich über das ganze Gesicht erstreckenden Erysipels traten mit einem Zwischenraum von 3 Tagen unter vermehrter Temperatursteigerung entzündliche Schwellungen beider Hoden auf, die bald wieder zurückgingen. 8 Monate später erschienen die Hoden vollkommen normal. E. Levin-Berlin.

Hofmann, P.-Dresden: Über einen bakteriologisch geklärten Fall von gewerblichem Milzbrand. (Hyg. Inst. d. Techn. Hochschule.) Zbl. f. Bakt., Bd. 113, H. 7/8, S. 541.

In einem Fall von gewerblicher Milzbranderkrankung konnten Milzbrandsporen in Ziegenhaaren und fertigem Garn mittels des Heimschen Verfahrens nachgewiesen werden. Auch die Maschinenteile (Walzen) enthielten Milzbrandbazillen. F. Harry-Wiesbaden.

Hodgson, A. E.: Anthrax in a 15 Month Old Baby (Anthrax bei einem 15 Monate alten Kinde). Brit. m. J., 1929, Nr. 3588, S, 667.

Typische Pustel am Arm mit positivem Bazillenbefund; Aufnahme 5 Tage nach dem ersten Auftreten der Läsion. Die Infektion war offenbar durch den Vater, Arbeiter in einer Gerberei, übermittelt worden. Alsbald intramuskuläre Injektion von 50 ccm Serum (Parke, Davis & Co.) und an den vier folgenden Tagen die gleiche Gabe; starkes Serumexanthem; Genesung. A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Pericić, B.-Split (Jugoslawien): Die Behandlung des Milzbrandes. M. K., 1929, Nr. 35, S. 1361.

Die operative Behandlung des Milzbrandes kann als ziemlich verlassen angesehen werden, auch mannigfache sonstige Behandlungsmethoden werden abgelehnt. Verf. erzielte gute Erfolge durch einfache Maßnahmen: Umschläge mit 10%iger essigsaurer Tonerde, 2stündlich 1 Tropfen Jodtinktur in Wasser, Chinin, karge Diät. In septischen, nicht aber in leichten oder schon gebessert zur Behandlung kommenden Fällen, ist die Serumbehandlung hinzuzufügen, über deren Wert noch keine Klarheit besteht. Das Serum soll subkutan oder intramuskulär angewendet werden, nur ausnahmsweise und mit großer Vorsicht intravenös. E. Levin-Berlin.

Melzer-Brezoi-Valcea (Rumänien): Behandlung eines Kindes mit Noma durch Insulin. D. m. W., 1929, Nr. 43, S. 1806.

Nach 2 Injektionen von je 0,10 ccm Insulin (20 E. auf 1 ccm) besserten sich die Allgemeinerscheinungen des toxischen Komas. Nach weiteren 7 Injektionen zu je 2 E. und Lokalbehandlung heilte das Geschwür an der Wange völlig ab. Verf. führt den Erfolg auf die Insulininjektionen zurück. F. Harry-Wiesbaden.

Tropische Krankheiten

Sorour, M. F.: Contribution à l'étude des tumeurs irratives bénignes et malignes produits par les bilharzies (Beitrag zum Studium der gutartigen durch Bilharzia verursachten Reizgeschwülste). Ann. Parasitol., Bd. 7, Nr. 5, S. 389.

Die Ursache der Bilharziatumoren ist durch die Eier selbst und ihre Toxine bedingt. Je nach Lage der Eier in den Eingeweiden kommt es zu papillomatösen oder ulzerösen Erscheinungen im Darm. Das gleiche gilt für die Blase. Hier sieht man die an der Oberfläche liegenden verkalkten Eier bei der Zystoskopie als kleine „Sandkörnchen". Die Tumoren sind entweder Papillome, Adenopapillome oder Sarkome, Karzinome und Endotheliome. Auffällig ist, daß bei der Bildung von Tumoren im Gewebe jedes Zeichen einer Entzündung fehlt, die man sonst bei eingeschwemmten Eiern findet. Es ist denkbar, daß gerade das Fehlen dieser Entzündungserscheinungen den Anlaß zur Geschwulstbildung gibt, da die Neutralisierung der Toxine durch die umgebende Entzündung fortfällt. Geschwülste finden sich im Darm, der Blase, sogar in den Ureteren. Den Nachweis von Toxinen in den Eiern konnte Verf. dadurch erbringen, daß abgetötete Eier Kaninchen intravenös eingespritzt, keine Erscheinungen verursachten, sich auch bei der Sektion nicht mehr nachweisen ließen. Dagegen erzeugten frische zerriebene Eier, subkutan eingeführt, Knoten, die aus endotheloiden und eosinophilen Zellen und Fibroblasten bestanden. Ruge-Hamburg.

Ray, J. Ch.-Hamburg: Serologische Untersuchungen bei Leishmanien. (Bakt. Abt. d. Inst. f. Schiffs- u. Tropenkrkh.) Arch. f. Schiffs- u. Tropenkrkh., Bd. 33, H. 12, S. 589.

Digitized by Google

Durch Vorbehandlung von Kaninchen mit größeren Mengen reiner Kulturrmen von Leishmania donovani, tropica und americana wurden Immunsera erlten, welche diese Kulturformen stark agglutinierten. Im Gegensatz zu den Unterchungen von Noguchi und Kligler ergab sich jedoch keine Spezifität dieser eaktion, aber eine erhebliche Agglutination der anderen Stämme. Infolgedessen ist e Agglutination keine brauchbare Methode, um eine scharfe Trennung der Arten rbeizuführen. Komplementbindungsversuche ergaben kein eindeutiges Resultat.

P. Unna jun.-Hamburg.

Neuber, E.-Debreczen: Filaria sanguinis hominis in Hajdunanas, Ungarn. l. f. Haut- u. Geschlechtskrkh. d. kgl. Univ.) W. kl. W., 1929, Nr. 44, S. 1398.

Ein 57jähr. Bauer, im Komitat Hajdu geboren, nie im Orient oder sonstigen ppischen und subtropischen Gegenden gelebt, erkrankt Mitte Juni 1923 plötzlich s bestem Wohlbefinden heraus an Schüttelfrost, hohem Fieber, krampfhaften hmerzen im Rumpf und unter Schwellung und Bläschenbildung auch im Hodenck. Die Anfälle wiederholten sich in 3—10tägigen Perioden, wobei die Schwellung, äschenbildung und das Nässen aus letzteren kurz vor den Anfällen immer den öhepunkt erreichte. Bei der Aufnahme zeigten sich bei dem sonst gesund ausehenden Mann Verdickung der Leistendrüsen beiderseits sowie eine elephanstische Schwellung des Penis und Skrotum bis zum fünffachen Volumen des Noralen. Pralle Bläschen entleeren seröse Flüssigkeit. Die Miktion ist durch die chwellung des Präputium stark behindert. Die Blutuntersuchung ergab negative R und Eosinophilie von 12%; es gelang, im Blut reichlich Bankroftsche Mikrolarien zu finden. Histologisch fällt eine Verbreiterung der Papillen im Epithel der einen Bläschen auf; in den Papillen sitzen oft die mit homogener Substanz oder it Leukozyten und Körnchen gefüllten erweiterten Lymphgefäße, um diese herum eist Leukozyteninfiltrate. In der Wand der großen Bläschen sind stellenweise ichtige Epithelzapfen zu sehen, während die Lymphektasie nicht so ausgesprochen t. Die Infektion des Patienten erfolgte wahrscheinlich durch eine einheimische ücke, die Filariablut aus einem aus den Tropen kommenden, sich in Ungarn aufaltenden Soldaten während des Krieges gesaugt hatte. Weitere Fälle wurden nie stgestellt. In der Umgebung von Hajdu werden Wassertümpel als Brutstätten von ücken beachtet. Ferner wäre die Frage zu klären, ob es nicht in H. symptomlose ilariaträger gibt.

H. Colman-Berlin.

Coutelen, F.: Essai de culture in vitro de microfilaires de Bancroft (Verche, Microfilaria bancrofti in Kulturflüssigkeiten zu züchten). Ann. Parasitol., Bd. 7, r. 5, S. 399.

Verf. gelang es, in verschiedenen Nährmedien 2 Microfilaria bancrofti bis zu ? Tagen lebendig zu erhalten. Er nahm einfaches unerhitztes Serum und ließ die öhrchen bei Zimmertemperatur stehen. In dieser Zeit traten bemerkenswerte Verderungen der Tiere ein, sie verloren ihre Scheide in einigen Tagen, eine Erscheung, die wahrscheinlich durch die vermehrte Viskosität der Flüssigkeit bedingt ist nd nicht durch die Temperatur. Der sogenannte Innenkörper verschwindet etwa bis m 20. Tage völlig. Nach 30 Tagen sind die Mikrofilarien wesentlich größer und cker geworden, ihre Breite hat sich verdoppelt und ihre Länge um ein Fünftel zuenommen. In dem gleichen Zeitraum haben sich die Verdauungs-, die Exkretionsnd Geschlechtsanlagen deutlich durch aktive Zellteilung ausgebildet.

Ruge-Hamburg.

Hauterscheinungen bei Erkrankungen innerer Organe und endokrine Störungen

Rawitsch-Charkow: Polycythaemia rubra. Wratschebnoje Delo, 1929, Nr. 15.

Verf. gibt auf Grund von 5 Fällen eine genaue Beschreibung der Krankheitsldung der Polycythaemia rubra. Die Haupterscheinungen beim klinischen Bild estehen in der eigentümlichen rötlichen Verfärbung der Haut und der Schleimhäute, i der Splenomegalie und in der Veränderung der Blutbeschaffenheit (rote Blutörperchen von 7—11490000, Leukozytose). Wie die Sektion in 2 Fällen ergab, andelt es sich hauptsächlich um Veränderungen der Milz und des Knochenmarks. nter den 3 übrigen Fällen wurden durch tägliche Milzzuführung per os (250—300 ro die) und Lienin (2mal täglich je 40 Tropfen) Besserungen erzielt.

A. Jordan-Moskau.

Digitized by Google

Samuel, M., u. L. Strauss-Köln: Über Deutung und Behandlung endokriner Dermatosen bei der Frau. M. Kl., 1929, Nr. 44, S. 1698.

Bei pruritusähnlichen Dermatosen und Ekzemen findet sich häufig, abgesehen von Verbindung mit Diabetes, eine Störung des Kohlehydratstoffwechsels, der sich in Hyperglykämie äußert. Dabei kann es sich um ein prädiabetisches Stadium mit erhöhtem Blutzucker aber ohne Zucker im Urin), um transitorische Hyperglykämie mit zeitweilig auftretender Glykosurie (vorkommend nach Infektionskrankheiten, bei Graviden, bei Lues und Erkrankungen der Gallenwege) oder um geringere, mehr oder weniger flüchtige Hyperglykämie bei sonst gesunden Mädchen und Frauen mit funktionellen Störungen von seiten der Ovarien handeln. Die normale Grenze des Blutzuckergehaltes ist mit 125 mg% anzunehmen. Therapeutische Beeinflussung konnte durch Regelung der Diät, besonders durch Insulin (bis zu 14 Tagen täglich 10—15 Einheiten Insulin, dann seltener) erzielt werden. Eigenartigerweise reagierten auch Fälle von Pruritus und verwandten Dermatosen, bei denen keine Hyperglykämie bestand, auf Insulin günstig. E. Levin-Berlin.

Recasens, S.-Madrid: Menstruelle Dermatosen. Med. Welt, 1929, Nr. 42, S. 1497.

Das Vorhandensein eines „Menotoxins", das als Produkt der Ovarialfunktion während der Menstruation im Blut kreist, ist noch nicht erwiesen, dagegen steht fest, daß im Schweiß der Frau während der Menstruation eine größere Menge von Cholin vorhanden ist, das geeignet ist Reizungen der Haut zu verursachen. Hierher gehört die Kupferröte im Gesicht, die beim Eintritt reichlicher Blutung wieder schwindet, das Erythema teleangiectaticum, papulosum, gyratum und selbst Fälle von Erythema exsudativum multiforme. Auch das Erysipel ist in manchen Fällen als „menstruelle Dermatose" aufgefaßt worden, derart, daß nach Verf. die Streptokokken durch die Blutüberfüllung der Haut und die Wirkung von Toxinen oder des Cholins eine Virulenzsteigerung erfahren, die während der Menstruation zum Wiederauftreten des Erysipels führt. Die häufigste menstruelle Dermatose ist das Ekzem; auch Herpes labialis, Herpes zoster, Urtikaria und Hautblutungen sind beobachtet. Die Behandlung ist ungewiß; Eierstocksorgantherapie wird bevorzugt, ferner Injektionen von Eigenblutserum, physiologischer Kochsalzlösung oder Kalksalzen. Auch Röntgenreizbehandlung des Ovariums und der Hypophyse bei Insuffizienz dieser Drüsen sind mit Erfolg versucht worden. H. Ress-Dessau.

Tagesgeschichtliche Nachrichten

Für den VIII. internationalen Dermatologenkongreß in Kopenhagen (5.—9. August) sind folgende Themata aufgestellt: 1. Ätiologie und Pathogenese des Ekzems (Referenten: Darier-Paris, Jadassohn-Berlin, Bloch-Zürich, Krzysztalowicz-Warschau, Oppenheim-Wien, Pusey-Chicago, Sabouraud-Paris, Šamberger-Prag, Whitfield-London); 2. Immunität, Reinfektion und Superinfektion bei Syphilis (Treves-Padua, Wade Brown-New York, Arzt-Wien, Hoffmann-Bonn, Matsumoto-Kyoto, Stokes-Philadelphia, Nékam-Budapest, Mestscherski-Moskau); 3. Hauttuberkulose und ihre Behandlung (Adamson-London, Reyn-Kopenhagen, Bruusgaard-Oslo, Costa-Madrid, François-Antwerpen, Jesionek-Gießen, Rabello-Rio de Janeiro, Volk-Wien — Kongreßbureau: Raadhusladsen 45, Kopenhagen V.

Der XXVI. Kongreß der Società Italiana di Dermatologia i Sifilografia findet in Rom vom 24.—26. April statt.

Gewählt: Prof. Paul Mulzer und Prof. Hans Ritter zu Vorsitzenden der Dermatologischen Vereinigung Hamburg-Altona;

Dr. Popoff-Sofia zum Vorsitzenden der Bulgarischen Dermatologischen Gesellschaft.

Gestorben: Dr. Max Jacobsohn in Berlin;
Dr. Variot in Paris. R

Nachdruck (auch des Abschnittes „Tagesg. Nachr.") ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt

Verantwortlich für die Redaktion: für Originalabhandlungen und T. N.: Prof. Dr. J. H. Rille, Leipzig, Johannisplatz 1. Für den Referatenteil: Dr. Fritz Callomon, Dessau

Digitized by Google

Dermatologische Wochenschrift

Nr. 15 (Bd. 90) 12. April 1930

Multiple Hautinfekte bei Milzbrandübertragung

Von

Dr. F. Callomon in Dessau

Mit 2 Abbildungen im Text

Nicht um die Statistik des Hautmilzbrands zu bereichern oder an der Hand des Einzelfalls ein Werturteil über die therapeutische Wirksamkeit des Milzbrandserums bzw. der kombinierten Serum- und Salvarsantherapie abzugeben, möchten wir in aller Kürze über die folgende Beobachtung berichten. Ist doch durch die staatliche Meldepflicht des Milzbrands die statistische Gesamterfassung der in Deutschland vorkommenden Fälle gewährleistet, deren Ergebnis vom Reichsgesundheitsamt in gewissen Abständen publiziert wird und uns vollen Aufschluß über Häufigkeit, Übertragungs- und Entstehungsweise, Lokalisation und Verlauf gibt. So bietet die Genese der folgenden Infektion — gelegentliche, nichtgewerbliche Ansteckung eines 57jährigen Maurers bei der Notschlachtung einer schwerkranken Kuh mit tierärztlich am Kadaver festgestelltem Milzbrand — durchaus keine Besonderheit. Viel eigenartigere Entstehungswege, auch abseits vom gewöhnlichen Übertragungsmodus direkt vom kranken Tier der verseuchten Fleisch, im gewerblichen Betrieb der Fell-, Pelz- und Borstenverarbeitung oder beim Transport ausländischer roher Häute durch die Hamburger Hafenarbeiter, gibt uns das soeben erschienene 1. Beiheft zum Reichsgesundheitsblatt bekannt („Ergebnis der Statistik über Milzbrandfälle unter Menschen im Deutschen Reich für das Jahr 1928." R. v. Deckers Verlag, G. Schenk, Berlin, Januar 1930). Besonderes dermatologisches Interesse bieten vielleicht die dort mitgeteilten drei neuen Fälle von Gesichtsmilzbrand im Anschluß an das Rasieren mit neuem Rasierpinsel, einmal an einer hierbei entstandenen Schnittwunde, vielleicht auch die Oberarminfektion der Laborantin eines Veterinäruntersuchungsamts, die Proben überseeischer Rinderhäute untersucht hatte; und nur der grotesken Absonderlichkeit wegen zitieren wir noch die wohl einzig dastehende tödlich verlaufende Selbstinfektion eines morphiumsüchtigen Schlachthoftierarztes, der sich in selbstmörderischer Absicht im Zustand seelischer Depression eine Injektion von Milzbrand- und Streptokokkenkulturen in die Armvene beibrachte und nach 4 Tagen zugrunde ging.

Auch die Lokalisation im mitzuteilenden Fall — an den oberen Gliedmaßen — ist die gewöhnlichste: 138mal waren unter den 251 Anthraxfällen der amtlichen Statistik die oberen Extremitäten befallen, das Gesicht 1mal, der Hals 23mal, Rumpf und untere Extremitäten nur je 2mal. Das entspricht ungefähr den Zählungen früherer Jahre. Von besonders

Digitized by Google

seltenen Lokalisationen erwähnen wir aus der neuesten Literatur eine Beobachtung BATTISTAS von typischem primärem Anthraxkarbunkel am Penis; über einen sekundär entstanden Milzbrandkarbunkel an der Vulva — infolge Kratzens von einem Gesichtsherd übertragen — belehrt uns die bunte Abbildung in SOBERNHEIMS Monographie im Handbuch der Haut- und Geschlechtskrankheiten, J. Springer, Berlin 1929 (Bd. 9, Abb. 13).

Aber ungewöhnlich und im Rahmen der uns vorliegenden Kasuistik nicht erreicht ist die Vielzahl der primären Hautinfekte bei unserem Kranken, dessen Hautmilzbrand sich gleichzeitig aus nicht weniger als 12 über beide Arme und den linken Handrücken verteilten typischen Infektionsherden entwickelte und hierbei alle Stadien der Entstehung in abgestufter Intensität darbot: von der flohstichartigen Papel über die blutig-serös gefüllte Milzbrandpustel bis zum furunkelähnlichen Herd mit dem schwärzlichen Schorf und dem Bläschenkranz, fortschreitend bis zum ödematos infiltrierten Karbunkel, von verschiedener Größe, mit beträchtlichem Ödem namentlich am linken Handrücken. Man sieht auf Abb. 1 — am 5. Krankheitstage aufgenommen — 3 dicht benachbarte Exemplare der Pustula maligna an der Ulnarseite des linken Unterarms, und in Abb. 2 — schon in Rückentwicklung begriffen — 5 der übrigen Herde am gleichen Arm bzw. der Hand. Die Infekte verteilen sich so, daß allein am linken Unterarm bis zum Ellenbogen hinauf 9 Herde, am linken Handrücken 1 und am rechten Unterarm noch 2 Herde gezählt wurden. Alle waren fast gleichzeitig bzw. ganz kurz nacheinander zum Vorschein gekommen.

Abb. 1. Pustulae malignae in früherer Entwicklung

Am 3. I. hatte Patient die Notschlachtung einer schon fast im Verscheiden liegenden Kuh vorgenommen, deren Kadaver auf tierärztliche Anordnung als milzbrandverseucht in der Abdeckerei verbrannt wurde. Am 5. I. bemerkte er an den Armen, besonders links, mehrere kleine rote Stippchen, wie Flohstiche, die in den nächsten Tagen weiter zu nässen begannen, nachdem sich kleinste Bläschen entwickelt hatten. Die ersten Stellen — am Handrücken und außen am linken Unterarm — waren am 5. I., die übrigen am nächsten Tag sichtbar geworden, und zwar am linken Ellenbogen, der Innenseite des gleichen Unterarms und am rechten Unterarm. Auf einzelnen Herden wandelte sich das Pustelchen in einen kleinen dunklen Schorf um. So sahen wir den Kranken am 4. Krankheitstag, d. h. 6 Tage post infectionem, als etwa die Hälfte der Ansteckungsherde sich zur Pustula maligna umzuwandeln begann; und schon die nach Abhebung der dünnen Decke entnommenen Sekretspuren zeigten mikroskopisch bei einfacher Methylenblau-, deutlicher bei Kapselfärbung massenhafte Milzbrandbazillen, die vom Bakterien-Institut Dessau auch durch Kultur und Tierimpfung (Maus) sichergestellt wurden. Sofort erhielt Patient, da Milzbrandhumanserum erst besorgt werden mußte, zunächst Neosalvarsan 0,45 in die Vene, am nächsten Tage — sogleich nach der Aufnahme ins Kranken-

Digitized by Google

aus — Höchster Milzbrandserum. Sobernheims Ausführungen in seiner Handbuch-nonographie entsprechend, wurde die Dosis von vornherein größer bemessen und beider-eits in die Glutäen der Inhalt je einer Ampulle, im ganzen 40 ccm, injiziert.

Am Tage der Serumgabe — vom 4. zum 5. Krankheitstage — hatten sich bereits ehrere Infekte zu ödematös infiltrierten Karbunkeln entwickelt, schon größere schwärz-che Schorfbildung zeigend, mit randständigem Bläschen- bzw. Knötchenkranz; die regio-ären Lymphdrüsen, besonders die linken Achseldrüsen, schmerzten und waren etwas ergrößert, das Allgemeinbefinden außer der psychischen Alteration wenig gestört. Nach er Serumgabe steiler Fieberanstieg unter Schüttelfrost, Herzbeklemmungen, zunehmendem dem am linken Handrücken und Unterarm; bald heftige, dunkle, teils fleckige teils ehr streifige Rötung bis hinauf zum Oberarm, weniger heftige Erscheinungen am rechten nterarm. So verliefen die ersten beiden Tage nach der Serumbehandlung recht be-enklich bei Temperaturen bis zu 40,2° und starker Prostration; am 12. I. sah man über-arkstückgroße Schorfe auf einzelnen Karbunkeln, auch die unscheinbarsten Primärherde chienen in fortschreitender Entwicklung. Am 14. I. jedoch fiel die Temperatur zur Norm, lieb nun dauernd normal, und der Allgemeinzustand hob sich. Auch die Ödembildung eß rasch nach; trotz oberflächlicher Vergrößerung einzelner Schorfe ging die Infiltration irgends weiter, und der Prozeß schien allenthalben die Höhe erreicht zu haben. Dem-emäß hielt sich auch der weitere Verlauf durchaus gutartig; wenn auch sehr langsam, o ging die Abheilung ungestört im Laufe von $5^1/_2$ Wochen vor sich; Entlassung am

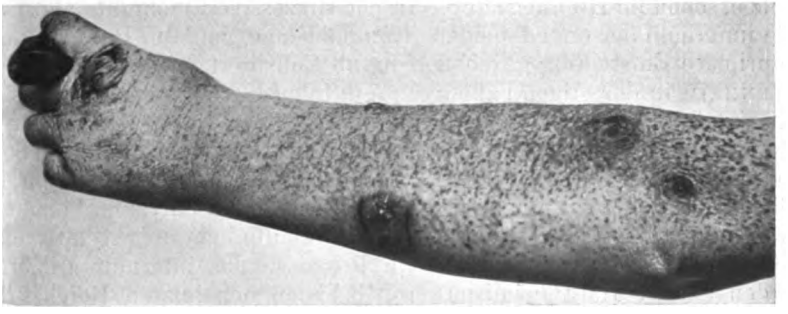


Abb. 2. 5 Anthraxherde auf der mit Epheliden bedeckten Haut des linken Unterarms und Handrückens (12. Krankheitstag, 6 Tage nach Serumgabe)

0. Krankheitstage. Die Behandlung beschränkte sich nach der Seruminjektion auf Bettruhe und ruhigstellende Verbände; lokal wurde ein Teil der Karbunkel nach den ei Sobernheim niedergelegten Empfehlungen ebenfalls mit Milzbrandserum behandelt, hne daß an den mit feuchtem Serumverband bedeckten Stellen ein Unterschied im Rückbildungsprozeß wahrzunehmen war.

Das Auftreten von mehreren Anthraxkarbunkeln an ein und dem-elben Kranken ist, wie sehr auch das solitäre Vorkommen überwiegt, gewiß nichts Außergewöhnliches, und es bedarf hierfür kaum besondere Literaturbelege. Aber es ist vielleicht lohnend, das Erscheinen multipler Milzbrandinfekte einmal gesonderter Betrachtung zu unterziehen. Auch Sobernheim erwähnt in seiner klinischen Darstellung des Hautmilzbrands, daß am gleichen Patienten 2 und 3, gelegentlich auch mehr Anthraxherde vorkommen können; er führt eine Beobachtungsreihe von Scollo (1925) an, der unter 200 Kranken mehrmals 2—7 Pusteln feststellte. Für das ausnahmsweise Vorkommen zahlreicherer Ansteckungsherde benennt er zwei ältere ausländische Autoren, Bourgeois und von Korányi, die sogar Beobachtungen bis zu 10 Karbunkeln im gleichen Fall anführten, der erstere im Jahr 1861, der andere 1897. Über diese Höchstzahl hinaus

Digitized by Google

ließen sich bei unserem Kranken nicht weniger als ein Dutzend Anthraxherde zählen! Die Frage, ob eine solche Multiplizität auf gleichzeitiger primärer Infektion oder auf sekundärer Übertragung durch den kratzenden Finger beruht, wird für den Einzelfall oft schwer zu klären sein.

Die Rolle des kratzenden Fingers bei der Ansteckung mit Milzbrandmaterial hat neuerdings Lindtrop an 15 Kranken mit Gesichts-, Hals- oder Unterarmkarbunkel näher untersucht und in 5 Fällen aus dem Unternagelraum Anthraxbazillen züchten können. Wie lange sie sich dort trotz desinfizierender Händewaschung halten können, illustriert die Beobachtung an seiner klinischen Mitarbeiterin, der während eines Tierversuchs ein Tropfen einer dicken Bazillenemulsion auf Zeigefinger und Daumen der rechten Hand fiel. 5—8 Minuten später, nach Beendigung der Meerschweinchenimpfung, hatte sie sich die Hände gründlich in fließendem Wasser, dann mit Sublimatlösung gewaschen; trotzdem ergab 3 Tage später eine Kultur aus dem Unternagelraum der beiden Finger eine virulente Milzbrandkultur, die eine Maus in 27 Stunden tötete. Die Assistentin bestrich die Hautgebiete und Nägel daraufhin mit Jodtinktur. Obschon die Bazillen sich 5—6 Tage unter den Nägeln befanden und am Daumen ein Nietnagel bestand, erfolgte hier keine örtliche Erkrankung.

Bei unserem Patienten dürfte — nach seinen Angaben und dem klinischen Befund — an der primären Entstehungsweise kaum ein Zweifel bestehen, schon im Hinblick auf das rasche sukzessive Erscheinen der Einzelherde innerhalb der ersten beiden Krankheitstage, ganz im Rahmen der für eine primäre Entstehung gegebenen Inkubationsbreite. Übrigens liegt nach Sobernheim in derartigen Fällen von multiplen Karbunkeln allermeist eine Primärinfektion vor, die — nach Scollo — trotz der Vielheit der Eintrittspforten nicht schwerer zu verlaufen braucht als eine solche mit Solitärkarbunkel. Dies bestätigt auch der gutartige Ablauf in unserem Falle, freilich unter dem Einfluß einer kombinierten Immun-Salvarsanbehandlung. Schon an sich ist ja die Mortalität des Hautmilzbrands relativ gering gegenüber der vorwiegend infausten Prognose des internen Milzbrands; von den an der Haut lokalisierten 243 Fällen der letzten Reichsstatistik starben nur 15, während 6 Fälle von innerem Milzbrand sämtlich tödlich verliefen. Aber die Sterblichkeitsziffern schwanken nach Sobernheim auch beim Hautmilzbrand beträchtlich, wobei die Infektionsquelle eine besondere Rolle spielt (ausländische Herkunft verseuchter Tierhäute und Pelze u. dgl.); Letalitätsprozenten von 2—3% stehen solche von 15—20% gegenüber, innerhalb deren sich für die Gesichts- und besonders die Halslokalisation die Aussichten ungünstiger darbieten als für andere Körpergegenden.

Daß für die günstige Gestaltung des Verlaufs in jedem Falle eine klinische Behandlung die besten Aussichten bietet, mit Ruhigstellung des befallenen Körperteils wie des ganzen Körpers, stellt Sobernheim an die Spitze seiner therapeutischen Ausführungen; sie ergibt sich ja unter der Auswirkung der gesetzlichen Meldepflicht für die bakteriologisch gesicherten Fälle von selbst, schon mit Rücksicht auf die Ansteckungsgefahr. Die Notwendigkeit völliger Isolierung beleuchtet erst neuerdings wieder die Herczegsche Beobachtung von häuslicher Übertragung aus der Nékamschen Klinik in Budapest: die Gattin eines an Unterlippenanthrax erkrankten Gerbergesellen infizierte sich während der Hauspflege ihres Mannes und bekam einen Milzbrandkarbunkel in der Mitte der rechten Gesichtshälfte; beide Fälle heilten ebenfalls unter kombinierter Serum-Neosalvarsanbehandlung. Nach dem kritisch abwägenden Resümee

Digitized by Google

er Sobernheimschen Ermittlungen darf heute als sicher gelten, daß zum indesten die Serumtherapie auf den Gesamtverlauf des menschlichen ilzbrands, gemessen an einem größeren Beobachtungsmaterial, einen ünstigen Einfluß ausübt. Wenn wir auch den gutartigen Ausgang unseres alles nur bedingt in entscheidende Abhängigkeit von der Behandlung ringen möchten, so war doch unverkennbar, daß unter der Wirkung er Serumgabe die zuerst rasch fortschreitende Entwicklung der Karbunkel chon innerhalb von 2—3 Tagen zum Stillstand kam, und zwar im Anchluß an hohe Fiebersteigerungen und örtliche Erscheinungen, die den indruck einer Lokalreaktion — als Wirkung des Immunstoffs — verchärften. Schwerer fällt es, einen direkten Einfluß der tags vorher verbreichten Neosalvarsangabe aus dem Verlaufe unseres Falles abzulesen, ie überhaupt die Bewertung der neuerdings viel empfohlenen Salvarsanehandlung nur an der Hand der allein hiermit behandelten Erkrankungen öglich sein dürfte. Sobernheim ermahnt, die Immunbehandlung von ornherein nicht auf zu kleine Dosen zu stellen; demgemäß wurden 40 ccm = 2 Ampullen des Höchster Serums) verabreicht. Die Serumtherapie muß eute nach der Auffassung dieses Autors als eins der wirksamsten Mittel ach Möglichkeit für die Heilung des Milzbrands herangezogen werden. Veit problematischer will uns die von verschiedenen Autoren empfohlene leichzeitige Lokalbehandlung der Karbunkel mit Serumkompressen erscheinen, die auch an Stellen, wo sie bei unserem Kranken appliziert urden, den lokalen Ablauf des Entzündungsprozesses keineswegs unterchiedlich gestaltete; die örtliche Behandlung beschränkte sich im übrigen – unter bewußtem Verzicht auf jedes chirurgische Eingreifen — auf abchließende Verbände.

Literatur

(soweit nicht aus dem Text ersichtlich)

Battista, A., Di una rara localizzatione cabonchiosa cutanea. Riforma med., 1929, Bd. 1. S. 155—157. — Herczeg, A., 2 Fälle von Hautanthrax. Ungar. Derm. Ges., Sitz. v. 7. XII. 1928; Zbl. f. Haut- u. Geschlechtskrkh., Bd. 30, S. 19. — Lindtrop, H., Die Rolle der Nägel im Entstehungsmechanismus des Milzbrandkarbunkels. Arch. f. Derm., Bd. 153, S. 793. — Mollinelli, E. A., und I. Natin, 2 seltene Beobachtungen von Hautmilzbrand. Multiple Milzbrandkarbunkel. Semana méd., 1929, Bd. 1, S. 734; ref. Zbl. f. Haut- u. Geschlechtskrkh., Bd. 31, S. 616.

Aus dem pathologisch-chemischen Laboratorium der Krankenanstalt Rudolfstiftung, Wien III
(Vorstand: Hofrat Prof. Dr. Ernst Freund)

Über die Wasserstoffionenkonzentration der in der Dermatologie verwendeten offizinellen Umschlagwasser

I. Mitteilung

Von

Priv.-Doz. Dr. A. Perutz und Dr. B. Lustig

In den letzten Jahren wurden die Ergebnisse der physikalischen Chemie auch für dermatologische Zwecke vielfach herangezogen. Die auf Unnas Veranlassung von Heuss (1) festgestellte Azidität des Schweißes

Digitized by Google

und der Haut genügt nach den heutigen Anschauungen nicht mehr zur Kennzeichnung ihrer Reaktion. UNNA und GOLODETZ (2) haben ebenfalls an Flachschnitten der Haut mit Nilrot die saure Reaktion festgestellt. Mit einer neuartigen Methode ist SCHMIDTMANN (3) an diese Frage herangetreten. Mit Hilfe des PFTERÉischen Mikromanipulators brachte sie feste Farbstoffteilchen in die Zelle und kontrollierte den Farbenumschlag. SHARLITT und SCHEER (4) haben die aktuelle Reaktion der mit Alkohol gereinigten trockenen Hautoberfläche mittels Indikatoren untersucht und fanden einen p_H von 5,5, was auch von MEMMESHEIMER (5) bestätigt wurde. Alle diese Bestimmungen sind nur relativ brauchbar, da der starke Salz- und Eiweißfehler des Gewebes in Betracht zu ziehen ist, doch ist die Reaktion so weit vom Neutralpunkt entfernt, daß die saure Reaktion der Hautoberfläche als feststehend zu bezeichnen ist. SCHADE und MARCHIONINI (6) fanden auf dem Wege der Gaskettenmessung mit besonders konstruierten Wasserstoff- und Chinhydronelektroden einen p_H von 3—5. Sie sprechen von einem „physiologischen Säuremantel der Haut", der mit der bakteriziden Kraft der Hautoberfläche im Zusammenhang steht.

Es war naheliegend zu untersuchen, wie sich die in der Dermatologie verwendeten Substanzen, die zu Umschlägen herangezogen werden, bezüglich ihrer aktuellen Reaktion verhalten. Es sei hier kurz darauf hingewiesen, daß die Wasserstoffionenkonzentration wohl mit der Azidität zusammenhängt, aber daß es sich um zwei grundverschiedene Erscheinungen dabei handelt. Während die durch Titration erfaßbare Azidität die Gesamtmenge der nachweisbaren Säure ausdrückt, gibt uns die Wasserstoffionenkonzentration die Menge der im Augenblick der Untersuchung vorhandenen Wasserstoffionen im Liter an. Äquimolekulare Mengen verschiedener Säuren werden zu ihrer Neutralisation die gleichen Mengen Alkali verbrauchen, aber die größten Schwankungen in ihrer Wasserstoffionenkonzentration zeigen; besonders betrifft dies die organischen Säuren, die im Körper vorhanden sind. Beim Verdünnen einer Säure fällt ihre Azidität proportional der Verdünnung, ihre Wasserstoffionenkonzentration fällt dagegen weniger stark, da die Dissoziation in verdünnten Lösungen größer ist. So hat eine n/100 Salzsäurelösung einen $p_H = 2{,}0$, eine n/250 Salzsäure einen $p_H = 2{,}3$; je konzentrierter diese Lösung ist, um so größer der undissoziierte Anteil. Das Verhältnis des dissoziierten zum nichtdissoziierten Anteil folgt dem Massenwirkungsgesetz.

Unter Puffersubstanzen verstehen wir solche Stoffe, die innerhalb gewisser (geringer oder größerer) Grenzen durch Verdünnung, durch Zufügen von Säure oder Alkali ihre Wasserstoffionenkonzentration nicht verändern.

Die Bestimmung der Wasserstoffionenkonzentration der uns interessierenden Substanzen erfolgte mit Indikatoren von CLARK und LUBS unter Anwendung von Pufferlösungen von genau bekanntem p_H als Vergleichslösungen. Die Genauigkeit der Bestimmungen ist $\pm 0{,}025$ p_H [KOLTHOFF (7)]. Praktisch wurde die Bestimmung in der Form ausgeführt, daß je 5 ccm einer Pufferlösung vom $p_H = 0{,}05$ jeweils steigend mit 3 Tropfen des entsprechend gebrauchten Indikators versetzt wurden. Weiter wurden 5 ccm der zu untersuchenden Lösung ebenfalls mit 3 Tropfen Indikator

Digitized by Google

ersetzt und ihre Farbe mit jener der Vergleichslösung im Komparator erglichen. Die Exaktheit dieser Art von Bestimmungen ist nach Kolthoff (8) bis auf p_H 0,01—0,02 genau.

Untersucht wurden 1. essigsaure Tonerde (ein aus einer Apotheke ezogenes Handelspräparat), 2. eine genau nach Vorschrift der österreichischen Pharmakopoe VIII hergestellte essigsaure Tonerde, 3. eine enau nach der österreichischen Pharmakopoe hergestellte Aqua Goulardi, . Borsäure, 5. Resorzin, 6. Ichthyol, 7. Kalkwasser.

Bisherige Untersuchungen liegen nur von Stern (9) vor, der neben Untersuchungen der chemischen Reaktion der Salben nach Michaelis ur eine essigsaure Tonerdelösung 1 : 10, eine 3%ige Borlösung und /4%ige Ichthyol- und Resorzinlösung untersuchte.

Eine Reihe dieser Substanzen wurde in verschiedenen Konzentrationen eprüft, um den Einfluß der Verdünnung auf ihre aktuelle Reaktion zu ontrollieren.

I. Essigsaure Tonerde

Verdünnung	Käufliches Präparat P_H	Pharmakopoe-Präparat P_H
Unverdünnt	4,17	4,25
1: 10	4,15	4,32
1: 50	4,19	4,35
1: 100	4,20	4,38
1: 500	4,59	4,42
1: 1000	4,80	4,48

Der Gehalt der offizinellen essigsauren Tonerde an basischem Aluminiumazetat ist ngefähr 8%. Dies entspricht einer halbmolaren (n/2) Lösung. Eine Verdünnung : 1000 würde demnach einer n/2000-Konzentration entsprechen. Während das genau ach der Pharmakopoe VIII hergestellte Präparat nach 14tägigem Stehen in geschlossener lasche keinerlei Trübung aufwies, zeigte das Handelspräparat trotz höherer Azidität ine starke Fällung von Aluminiumhydroxyd, wodurch in der überstehenden Flüssigkeit ie Azidität, wenn auch nicht in nennenswertem Maße gesteigert war; wurde aber der iederschlag aufgeschüttelt, so war die Azidität etwas geringer als die ursprüngliche. s wird also durch Bildung basischer Salze die aktuelle Reaktion innerhalb gewisser, enn auch geringer Grenzen verändert. In stärkerem Maße ist dies bei der Aqua oulardi geschehen.

II. Aqua Goulardi (Ph. A. VIII)

	P_H
Unverdünnt	4,40
1: 10	4,50
1: 50	4,52
1: 100	4,55
1: 500	4,68
1: 1000	4,75

Nach 14tägigem Stehen stieg der p_H der Lösung infolge Bildung basischer Salze bis $p_H = 6{,}8$.

Digitized by Google

III. Borsäure und Resorzin

Resorzin wurde in 1- und 2%iger Lösung, Borsäure in 1-, 2- und 3%iger Lösung untersucht. Bei Berücksichtigung des Umstandes, daß manche Zuckerarten (Glukose) die Reaktion der Borsäure nach der sauren Seite hin verändern, wurde die Borsäure in gleicher Konzentration in einer wässerigen 0,1%igen (100 mg-%) Glukoselösung untersucht. Diese Zuckerkonzentration stellt die obere Grenze der normalen Zuckerkonzentration der Haut dar. URBACH und FANTL (10) fanden normal und im nüchternen Zustande je nach der Kost bis 75 mg-% Zucker. Nach peroraler Zuckerbelastung mit 100 g Glukose steigt, allerdings etwas später als der Blutzucker, der Hautzucker um rund 100% des Ausgangswertes (URBACH und FANTL).

Konzentration	Resorzin	Borsäure	Borsäure in 100 mg-% Zuckerlösung
1%	p_H 4,97	p_H 4,88	p_H 4,50
2%	p_H 4,55	p_H 4,78	p_H 4,25
3%	—	p_H 4,70	p_H 4,12

Die Borsäure-Zuckerlösungen wurden möglichst schnell nach der Herstellung der Untersuchung unterworfen, da es bekannt ist, daß nach mehreren Stunden eine Umwandlung von α- in β-Glukose stattfindet, die die Erhöhung der Wasserstoffionenkonzentration nicht mehr zeigt. Gleiche Erscheinungen wie Zuckerlösungen, teilweise noch in stärkerem Maße, zeigen mehrwertige Alkohole, die an benachbarten Kohlenstoffatomen liegende, parallel gerichtete, nicht substituierte alkoholische Hydroxylgruppen besitzen.

IV. Ichthyol

Die Reaktion des Ichthyols wurde in 100fach wässeriger Verdünnung einer 2%igen Ichthyolglyzerinlösung bestimmt. Sie war zwischen $p_H = 7{,}5—8{,}2$.

V. Kalkwasser

Kalkwasser zeigte je nach dem untersuchten Präparat eine Wasserstoffionenkonzentration von 11,0—11,5. Wieweit ein Zusammenhang zwischen der entzündungshemmenden Wirkung des Kalkwassers einerseits und der Verminderung des Kalkgehaltes der Haut bei Entzündung andererseits [NATHAN und STERN (11)], wieweit die saure Reaktion der Haut gegenüber der stark alkalischen des Kalkwassers zur Erleichterung der Kalziumaufnahme, sowie zu einer etwaigen Zurückdrängung der Kalziumspeicherung, da diese beiden Ionen physiologisch-antagonistisch wirken, besteht, müßte Gegenstand einer gesonderten Untersuchung sein. Bekannt ist auch, daß nach Reizung der Haut aus dem kalziumreicheren und kaliumärmeren Bindegewebe Kalzium in die kaliumreiche, fast kalziumfreie Epidermis eintritt [GANS und PACKHEISER (12), GANS und SCHLOSSMANN (13), WATERMAN (14), LIEBER (15)].

Aus obigen angegebenen Bestimmungen der Wasserstoffionenkonzentration ersieht man, daß die zu Umschlägen verwendeten Substanzen Werte zwischen p_H 4—5 zeigen, was den von SCHADE, MARCHIONINI, SHARLITT und SCHEER, MEMMESHEIMER durch verschiedene Methoden gefundenen Werten der Azidität der Hautoberfläche im Mittel entspricht. Auch starke Verdünnung von essigsaurer Tonerde und Aqua Goulardi ändern ihre Wasserstoffionenkonzentration selbst in Verdünnung 1:1000 nur innerhalb dieser physiologischen Grenze, was besonders scharf beim Liquor Burowi (Ph. VIII) auftritt. Lösungen, die bei Verdünnungen eine stark fallende Wasserstoffionenkonzentration zeigen, werden innerhalb enger, der p_H der Haut entsprechenden Konzentrationsgrenzen verwendet. Die essigsaure Tonerde ist ein glänzender Puffer. Sie bewirkt demnach bei einer Alkalisierung der Haut unter Annahme der Befunde von SCHRIMIN (16) über Adsorption von Säuren an die Haut eine konstante saure

Digitized by Google

eaktion des Gewebes innerhalb der gefundenen physiologischen Werte. urch ihre starke Pufferwirkung erhält sie die Reaktion der Haut, soweit e in diese hineindringt, innerhalb der physiologisch gefundenen Normalerte. Durch ihre Azidität bewirkt sie eine Hemmung des Wachstums ewisser Mikroorganismen, wodurch eine Erklärung ihrer bakteriziden raft gegeben ist.

Auffällig ist, daß die Pufferwirkung unter Berücksichtigung der onzentration auf Grund unserer Untersuchung eine Reihe ergibt, die it dem von Herrmann (17) bestimmten, quellungshemmenden Effekt ereinstimmt. Es ergibt sich folgende Reihe: Essigsaure Tonerde > qua Goulardi > Borsäure (wobei der Zuckergehalt der Haut zu berückchtigen ist) > Resorzin.

Die entzündungshemmende Wirkung des Kalkwassers muß entgegen iner starken Alkalität auf die früher angegebenen Ursachen zurückeführt werden. Unsere Ergebnisse unterscheiden sich von den Unterchungen von Stern prinzipiell dadurch, daß wir 1. möglichst reine ubstanzen und genau nach den Vorschriften der Pharmakopoe Austr. VIII isch hergestellte Lösungen heranzogen, 2. daß wir die Pufferung beicksichtigten. Den etwas höheren Wert der essigsauren Tonerde (4,7) ühren wir auf ein Handelspräparat zurück, der hohe Wert der 0,25 %igen esorzinlösung (6.5) ist Folge der großen Verdünnung. Der hohe Wert terns für die 3 %ige Borsäurelösung (5,4) gegenüber dem von uns gendenen, dürfte auf ein verunreinigtes Präparat zurückzuführen sein, da orsäure bei 18° C in n/10 in molarer Konzentration (= etwa 0,6 %), also viel verdünnterer Lösung nach Kolthoff (18) einen P_H von 5·13 zeig-.

Zusammenfassung

1. Die zu Umschlägen gebräuchlichen Lösungen zeigen p_H-Werte, ie innerhalb der normalen physiologisch gefundenen p_H-Werte der Hautberfläche liegen, wobei die Pufferung der Substanz proportional ihrer irksamkeit ist. Veränderte Verhältnisse liegen beim Kalkwasser vor, bei em auch chemische Einflüsse auf die Hautoberfläche in Betracht kommen.

2. Die in der Hauttherapie gebräuchlichen Substanzen ergeben, nach irer Wirksamkeit geordnet, nicht nur sehr starke Pufferwirkung seitens er essigsauren Tonerde, sondern die gleiche Reihenfolge und Stärke, die irer quellungshemmenden Wirkung entspricht.

Literatur

1. Heuss, Mschr. f. prakt. Derm., 1892, Bd. 14, S. 343. — 2. Unna u. Golodetz, schr. f. prakt. Derm., 1910, Bd. 50, S. 451. — 3. Schmidtmann, Zschr. f. exper. Med., 925, Bd. 45, S. 714. — 4. Sharlitt u. Scheer, Arch. of Derm., 1923, Bd. 7, S. 592. — 5. Memmesheimer, Kl. W., 1924, Nr. 6. — 6. Schade u. Marchionini, Kl. W., 1928, r. 1; Arch. f. Derm., 1928, Bd. 154, S. 690. — 7. u. 8. Kolthoff. Der Gebrauch von arbenindikatoren. 3. Aufl., S. 154. Springer, 1926. — 9. Stern, Kl. W., 1926, Nr. 38. — 0. Urbach u. Fantl, Bioch. Zschr., 1928, Bd. 196, S. 474. — 11. Nathan u. Stern, erm. Zschr., 1927/1928, Bd. 53, S. 451; Bd. 54, S. 14 u. 222. — 12. Gans u. Packheiser, erm. W., 1924, Bd. 78, S. 249. — 13. Gans u. Schlossmann, Derm. W., 1925, Bd. 80, . 469. — 14. Waterman, Bioch. Zschr., 1922, Bd. 133, S. 535. — 15. Lieber, Verh. d. tsch. Röntgen-Ges., 1924, Bd. 16, S. 73; Strahlenther., 1924, Bd. 18; 1925, Bd. 20; 1928, d. 29. — 16. Scremin, Boll. d. soc. di biol. sperim., 1926. Bd. 1, S. 292. — 17. Herrann, Derm. Zschr., 1927, Bd. 50, S. 277. — 18. Kolthoff, l. c., S. 13.

Digitized by Google

Aus der dermatologischen Abteilung des Charlottenburger Krankenhauses
(Ärztl. Direktor: Prof. C. Bruhns)

Über die Desinfektionswirkung einiger Waschmittel auf pathogene Hautkeime

Von

Dr. E. Kadisch

In einer vorangehenden Arbeit (1) habe ich zeigen können, daß die Hitzeresistenz der Hautkeime teilweise größer ist, als man bisher angenommen hat. Gleichfalls konnte ich aber bestätigen, daß die Hitzeresistenz immerhin wesentlich geringer ist als die vieler Bakterien. In anderen Versuchsreihen hatte sich ergeben, daß unter vielen geprüften Materialien gerade von den Bekleidungsstoffen Seide und Wolle besonders gute Depotorte für pathogene Hautkeime abgeben können. Teilweise fand sogar auf Seide und Wolle ein nennenswertes Wachstum der Pilze statt (2). Bruhns, Alexander und ich haben die praktische Bedeutung dieser Ergebnisse teilweise schon besprochen (3). Auch habe ich schon darauf hingewiesen, daß gerade die Pilze auf denjenigen Materialien relativ gut gedeihen, welche bei der Wäsche geschont werden müssen, was natürlich klinisch von großer Bedeutung ist.

Es ist eine Regel für das Waschen von Seide und Wolle, daß man nicht heiß waschen darf, damit die Faser nicht darunter leide. Die Prüfung der Hitzeresistenz der Hautpilze hat aber nun einwandfrei gezeigt, daß eine lauwarme Temperatur, wie sie für das Waschen von Seide und Wolle empfohlen wird, zu einer merklichen Alteration der Pilze durch die Wärme nicht führt. Es erhebt sich nun die interessante Frage, ob durch den Zusatz von Seifen oder Waschmitteln die Desinfektionswirkung so gesteigert wird, daß bei lauwarmer oder kalter Wäsche eine Abtötung der Keime stattfindet. Von den Bakterien wissen wir, daß ihnen gegenüber die Seifen ohne nennenswerte Desinfektionswirkung sind. Die Resistenz der Bakterien ist aber in mancher Hinsicht größer als die der Hautpilze, so z. B., wie schon erwähnt, gegen Hitze. Trotz der geringen Desinfektionswirkung der Seifen gegenüber Bakterien könnte man also eine bessere Wirkung gegenüber Hautpilzen vermuten — eine Wirkung, die äußerst wünschenswert gerade in Anbetracht der Nährbodeneigenschaften der Seide und der Wolle sein würde.

Die „empfindliche Wäsche" wird heutzutage nicht mit Seife und Soda, sondern mit einem Handelspräparat gewaschen. Von diesen sind Persil und Lux in großem Umfang eingeführt. Die früher gebrauchten Waschmittel arbeiteten mit Mischungen von Natriumperoxyd, Natriumkarbonat und Stearinsäure, während die neuen Mittel durch Verwendung von Salzen der Perborsäure verbessert sind. Die Gegenwart einer so sauerstoffreichen Säure kann eventuell desinfizierend wirken. Gonzenbach und Rey (4) berichten über relativ günstige Wirkung von Persil gegenüber Bakterien. Für eine bessere Desinfektionswirkung von Persil im Vergleich zu Seife

Digitized by Google

sprechen auch indirekt die Versuchsergebnisse von DISCHENDORFER (5). DISCHENDORFER stellte nach 20 Waschungen mit Persil und Seife vergleichende Zerreißproben an Baumwollstoff und Leinen an. Diese zeigten, ebenso wie die Wäsche nach Anfärben der Faser mit Methylenblau, daß das Waschmittel die Faser stärker angreift als Seife. Dementsprechend wird man auch eine stärkere Desinfektionswirkung vermuten können.

In den nachfolgenden Untersuchungen in dieser Richtung habe ich mich auf die beiden genannten Waschmittel Persil und Lux beschränkt. Technisch wurde folgendermaßen verfahren: Seidenreste wurden in Stücke von etwa 2×2 cm Größe geschnitten. Die Stücke wurden in Petrischalen sterilisiert. Nach der Sterilisierung wurde unter sterilen Kautelen ein Stückchen Kulturrasen mit der Messerklinge auf das mit der Pinzette festgehaltene Seidenstück unter Druck gegen eine feste Unterlage (Glasplatte) eingestrichen. Die so vorbehandelten Seidenläppchen kamen anschließend in Persil- oder Luxlauge. Als Gefäße wurden sterile Vogelnäpfchen von etwa 40 ccm Fassungsvermögen benutzt. Die Temperatur wurde durch das Wasserbad aufrechterhalten, wenn der Versuch nicht bei Zimmertemperatur stattfand. Ab und zu wurden die Läppchen in der Lösung kräftig geschwenkt. Wurde ein Läppchen zur Abimpfung herausgenommen, so wurde es zunächst in je 40 ccm dreimal gewechselter steriler Kochsalzlösung durch kräftiges Schwenken mit der Pinzette mechanisch gereinigt. Das so abgewaschene Läppchen, das auch von Spuren der anhaftenden Seifenlösung durch die Spülungen weitgehend gereinigt war, wurde auf der Oberfläche der Schrägagarschicht von GRÜTZ-Glyzerinboden der $p_H = 7{,}4$ entlanggeführt und schließlich in die Mitte des Röhrchens deponiert. Die Entnahmen von Läppchen fanden gewöhnlich nach 3, 5, 10, 15 und etwa 25 Minuten Aufenthalt in der Waschmittellösung statt. Es wurden immer 3 Läppchen für 3 Nährbodenrohre zu parallelen Versuchen verwandt. Am Ende des Versuches, nach etwa 25—40 Minuten, wurde die Waschmittellösung noch auf den Verbleib der Pilze untersucht. Es hatte sich immer ein gewisser Bodensatz gebildet, dieser wurde abzentrifugiert, mehrmals mit NaCl-Lösung gewaschen und dann auf Nährboden verimpft. Bei einem Teil dieser Versuche wurde auch ein vereinfachtes Verfahren angewandt, indem auf einen sterilen Filter der Satz mit Kochsalzlösung reichlich gewaschen und dann verimpft wurde.

Da die Versuche mit Persil bei Zimmertemperatur und auch bis zu 30° C innerhalb 30 Minuten keine Abtötung der Pilze zur Folge hatten, wurden die Versuche mit Lux nur bei 35° und 56° C angestellt. Aus analogen Gründen erübrigten sich die Versuche mit den schwächeren Konzentrationen, die in den Gebrauchsanweisungen angegeben werden. Von den Begriffen handwarm, lauwarm usw., wie sie in den Anweisungen und Ankündigungen gebraucht werden, wurde angenommen, daß sie Temperaturen von 30—35° C entsprechen.

Bei diesen Versuchen sind zum Teil Stämme verwandt worden, für die ich früher die reine Hitzeresistenz festgestellt hatte (1). Für die Temperatur von 56° C bei Aufschwemmung in physiologischer Kochsalzlösung hatte sich gezeigt, daß 30 Minuten Erhitzung zur Abtötung der Keime nicht genügt. Dies zeigte sich für zwei Stämme von Tr. gypseum,

Digitized by Google

ferner für Tr. gypseum granulosum, Tr. depressum, Ep. clypeiforme, Ep. Kaufmann-Wolf, Ep. gypseum, Ep. inguinale und Tr. niveum.

In der folgenden Tabelle sind die Ergebnisse der Versuche mit Persil und Lux zusammengestellt.

Tabelle 1. Desinfektionswaschversuch: Pilze auf Seidenläppchen in Persil

Konzentration	Temp. in °C	Ach. gyps. Minuten					Kaufm.-Wolf Minuten					Tr. gyps. ast. Minuten					Tr. gyps. granul. Minuten				
		3	5	10	15	30	3	5	10	15	25	3	5	10	15	25	3	5	10	15	25
1 Eßlöffel/3 l	etwa 20	+	+	+	+	+	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
„ /2 l	20	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	/	/	/	/	/
„ /2 l	30	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
„ /2 l	56	—	—	V	V	—	—	—	—	—	—	+	+	—	—	V	—	—	—	—	—
„ /2 l	35	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
„ /2 l	56	—	—	—	—	V	—	—	—	—	—	—	+	+	—	V	—	—	—	—	—

Es bedeutet: + = Wachstum. — = kein Wachstum. V = verunreinigt. / = Versuch nicht gemacht.

Die Tabelle zeigt: Bei lauwarmer Wäsche, 30°—35°C, findet auch bei ½ stündiger Einwirkung keine Abtötung der Keime statt. Bei 56°C sind beide Waschmittel gleich wirksam. Die Wirksamkeit ist abhängig von dem geprüften Keime. Drei Stämme waren nach 3 Minuten Einwirkung bei 56°C bereits abgetötet. Da, wie ich oben erwähnte, 3 Minuten 56°C zur thermischen Vernichtung nicht genügen, ist ein Teil der Wirkung den Waschmitteln zuzuschreiben.

Die nach den Vorschriften vorgenommene Wäsche von seidenen und wollenen Bekleidungsgegenständen erreicht demnach nicht eine Abtötung der pathogenen Hautpilze. Der Aufenthalt im Waschwasser von 35°C müßte weit über ½ Stunde ausgedehnt werden oder die Temperatur des Waschwassers auf etwa 56°C gesteigert werden, um eine Vernichtung der Pilze zu erzielen. Da keine der beiden Forderungen in der Praxis erfüllt wird — und die fraglichen Gewebe den Eingriff wohl auch nicht zulassen (5) — muß also festgestellt werden: Trotz der größeren Hitzeempfindlichkeit der Pilze im Vergleich zu vielen pathogenen Bakterien und trotz der vorhandenen Wirkung der Waschmittel findet durch die lauwarme oder kalte Wäsche mit Persil oder Lux keine Abtötung statt.

Und so muß man sich also auch für das praktische Handeln darüber klar sein, daß, wenn nach der Ausheilung einer Mykose unter der Behandlung die alte Wäsche aus Seide (z. B. Strümpfe) wieder angezogen wird, die Möglichkeit der Reinfektion besteht. Die inzwischen vorgenommene Wäsche mit einem der obigen Waschmittel genügt nicht, um diese Möglichkeit auszuschließen. Auch die Allergie des Körpers dürfte nur in einem Teil der Fälle eine Reinfektion verhindern oder erschweren.

Digitized by Google

Literatur

1. Kadisch, Derm. Z., im Druck. — 2. Kadisch, Derm. W., 1929, S. 1423. — 3. Bruhns, Alexander u. Kadisch, M. Kl., 1929, S. 1768. — 4. Gonzenbach u. Rey, Schweiz. Zschr. f. Gesundheitspfl., Jg. 7, H. 4, S. 428, Ref. Zbl. f. Hyg., Bd. 16, S. 167. — 5. Dischendorfer, Zschr. f. angew. Chemie, Jg. 38, Nr. 6, S. 114. Ref. Zbl. f. Hyg., Bd. 10, S. 578.

Aus der Universitätsklinik für Dermatologie und Syphilidologie in Innsbruck
(Vorstand: Prof. Dr. L. Kumer)

Zur Behandlung des Lupus erythematosus mit Lopion

Von

Dr. R. Kulisch, Assistent der Klinik

Die Goldbehandlung des Lupus erythematosus hat sich fast allgemein durchgesetzt, wenn man auch mit einem gewissen Bangen an diese Therapie herangeht, weiß man doch nicht, ob sie der Organismus glatt vertragen wird. Die im Verlaufe der Goldbehandlung aufgetretenen Todesfälle sind ein ständiges Menetekel, das gerade bei einer Erkrankung, deren Therapie meist nur aus kosmetischen Gründen erfolgt, besonders schwer wiegt. Es ist daher begreiflich, daß die chemisch-pharmazeutische Industrie immer neue Goldpräparate auf den Markt bringt und ihre schädliche Komponente gegenüber der therapeutischen zu mindern sucht. Ein solches neues Goldpräparat, Lopion genannt, mit einem Goldgehalt von 43%, das sich im Tierversuche weniger giftig erweisen soll wie die bisher im Gebrauch stehenden Mittel, wird von Internisten bereits seit 2 Jahren zur Behandlung der Tuberkulose verwendet. Von dermatologischer Seite wurde dem Präparat noch wenig Aufmerksamkeit geschenkt. Es findet sich nur eine Mitteilung von Konrad über 20 behandelte Fälle von Lupus erythematosus und eine Arbeit von Wirz über 20 Patienten, darunter 15 Erythematosuskranke.

An der Innsbrucker Klinik wurden 1929 15 Fälle der Lopiontherapie unterzogen (10 Erythematosuskranke, 2 Lupus vulgaris, 3 Tbc. ulcerosa mucosae oris). Die Behandlung liegt bereits so weit zurück, daß man sich ein Bild über die Leistungen dieses neuen Präparates machen kann. Die 10 Erythematosusfälle waren regellos ausgesucht, d. h. es befanden sich unter ihnen frischere Erkrankungen mit noch stärkeren entzündlichen Herden, ein Patient mit bedeutender Ausdehnung des Erythematosus, welcher das ganze Gesicht, den Hals, den oberen Teil des Stammes und beide Handrücken ergriffen hatte, weiter ganz veraltete Fälle mit ausgedehnter Neubildung, bei denen der Beginn der Erkrankung schon viele Jahre zurücklag und die bisher geübte Therapie, darunter auch Krysolganinjektionen, vollkommen versagt hat.

Die Wirkung der Lopionbehandlung an obigen Fällen läßt sich dahin zusammenfassen, daß bei strengster Beurteilung dieses neue Präparat zumindest dasselbe leistet wie die bisher benutzten. Gerade bei älteren, mit anderen Goldverbindungen schon vorher behandelten hyperkeratotischen und narbigen Erythematosusfällen zeigten sich überraschende Wirkungen; auch Konrad und Wirz machten gleiche Beobachtungen. Ein einziger Fall erwies sich gegenüber den zur Anwendung kommenden kleinen Dosen völlig refraktär, bei einem anderen kam es 1 Monat nach Beendigung der Behandlung zu einem Rezidiv, das nach neuerlichen Lopioninjektionen schwand; ein solches Vorkommen scheint öfter zu sein, denn auch Wirz berichtet über 3 Rezidive. Konrad hält das Lopion therapeutisch den übrigen Goldpräparaten als zumindest gleichwertig, Wirz dem Aurophos wesentlich überlegen, insofern, als weniger Injektionen notwendig sind, um eine Heilung zu erzielen, eine Beobachtung, die auch am obigen Material vollkommen bestätigt wurde.

Zwei alte und ausgebreitete Lupus-vulgaris-Fälle reagierten nicht, von den Patienten mit Tbc. ulcerosa mucosae wurde einer geheilt; zwei blieben unbeeinflußt.

Wie Brahn und Weiler berichten, verträgt ein 3000 g Kaninchen bis zu 0,6 Lopion als Einzeldosis. Es ist ja nicht angängig, das Ergebnis von Tierversuchen ohne Einschränkung auf die Behandlung erkrankter Menschen zu übertragen, immerhin erhält man dadurch wertvolle Fingerzeige. Tatsächlich wird insbesonders von interner Seite

Digitized by Google

mit großen Dosen gearbeitet, wie z. B. Schmidt, höchste Gesamtdosis 2.8, Fischer. Einzeldosis 0,01—1,0, Gesamtdosis 7,0, Henius und Wissing, Einzeldosis 0.05—1,0. Gesamtdosis bis 15,0. Da diese Dosen bei Lungentuberkulösen, als immerhin erheblich Kranken, zur Anwendung kamen und vertragen wurden, sollte eigentlich für den Dermatologen keine Befürchtung von Schädigungen bestehen. Konrad und Wirz halten sich an die Maximaldosis von 0,75, letzterer verabreicht durchschnittlich 13 Injektionen in 6 Wochen mit einer Gesamtmenge von 4,2 Lopion.

Bei obigen Fällen wurde mit 0,01 intravenös begonnen, eine Einzeldosis von 0,2 nie überschritten, als Gesamtdosis rund 1,0 gegeben. Im Vergleich zu den übrigen Autoren ist dies eine Unterdosierung; aber es erwies sich nicht notwendig mit größeren Dosen zu arbeiten, weil die Fälle, wenn sie überhaupt ansprachen, auch auf diese Menge reagierten. Es war oft verwunderlich, wie auf 0,01 Injektionen — die eigentlich nur zur Prüfung der Verträglichkeit verabreicht wurden — binnen 3 Tagen plötzliche, weitgehende Besserung im klinischen Bilde sich bemerkbar machte, insofern, daß die Entzündungserscheinungen abnahmen, die Ränder abflachten und die Schuppen abfielen. Die erste Dosis scheint jedenfalls die wirksamste zu sein, denn im weiteren Verlaufe erhält man nicht so rapide Besserung. Konrad hebt hervor, daß es Fälle gibt, bei denen es notwendig ist, bis zur Maximaldosis zu steigen.

Von Nebenerscheinungen kamen bei obigen Fällen, die ja mit sehr kleinen Dosen behandelt wurden, keine zur Beobachtung. Eine Mattigkeit am Tage der Injektion war hier und da das einzige Zeichen der durchgeführten Therapie. Von anderen Autoren werden ab und zu Temperatursteigerungen, Durchfälle, Brechneigungen, nach größeren Dosen leichte Albuminurie, seltener Zylindrurie gemeldet. Immerhin vertragen nicht alle Leute die Behandlung; Wirz mußte bei 2 Personen die Therapie wegen Störungen aufgeben. Ein besonderer Vorzug des neuen Präparates soll sein, daß die Nieren und die Haut fast nie schwerere Störungen aufweisen, allerdings ist ja die Anzahl der behandelten Fälle so gering, daß ein endgültiges Urteil sich heute wohl noch nicht abgeben läßt.

Literatur

Brahn und Weiler, Die quantitative Verteilung des Goldes in den Organen gesunder und tuberkulöser Kaninchen nach Behandlung mit Goldpräparaten. Biochem. Zschr., 1928, 197, 343. — Fischer, Über Behandlung der Lungentuberkulose mit den neuen Goldpräparaten. Zschr. f. Tbc., 1929, 52, H. 6. — Henius und Wissing, Die Behandlung bestimmter Formen der Lungentuberkulose des Menschen mit Lopion (Goluthioharnstoffverbindung). Beitr. z. Klin. d. Tbc., 1928, 69, 597. — Konrad, Gute Erfolge bei Lupus erythematosus mit Lopioninjektionen. Sitzg. d. Wien. derm. Ges. v. 24. X. 1929; ref. W. kl. W., 1929, 51, 1647. — Schmidt, Ein neues Goldpräparat zur Behandlung der Lungentuberkulose. D. m. W., 1928, 42, 1757. — Wirz, Lopion- (Gold-) Behandlung bei Lupus erythematosus und Tuberkuliden. M. m. W., 1930, 1, 17.

Versammlungen

Tschechoslowakische dermato-venerologische Gesellschaft

Sitzung vom 24. November 1929 in Prag

Vorsitzender: Šamberger

Procházka: Erysipeloid Rosenbach mit seltener atypischer **Lokalisation** an der lateralen Seite des Unterschenkels. Keine Verwundung vorausgegangen. **Therapie**: Ung. Saloxyli.

Hynie: Androgynie und Metatropismus.

21 Jahre alte Patientin, welche neben ihrer venerischen Krankheit besondere Körperbauzeichen, die dem männlichen Typus entsprechen, aufweist. Auffällig die Schulterbreite, das männliche, flache Becken, Muskulatur und Fettverteilung. Zwerchfellatmung, männlicher Gang. Brüste infolge Fettmangels von atypischer Form, Drüsenparenchym, Brustwarzenhof und Montgomerysche Drüsen mäßig entwickelt. Genitalien ohne besonderen Befund; Introitus vaginae so schmal, daß der Koitus zunächst unmöglich, dann wenigstens anfangs immer schmerzhaft war. Körperliche und geschlechtliche Entwicklung verspätet;

Digitized by Google

n 17. Jahre Menses, die sich im 1. Jahre immer erst nach einer Reihe von Monaten nstellte. Derzeit Menses regelmäßig, aber nie stark. Geschlechtstrieb und -leben ormal, steht aber nicht im Vordergrund ihres Lebensinteresses. Passive, feminine änner zieht sie vor. Ihr Verhältnis zu ihnen ist aber umgekehrt als es der normalen, tiven Funktion des Spermatozoons und der passiven des Eies entspricht. Von Beruf t Patientin Künstlerin, aber auch im Haushalt tätig. Auf Grund der Hirschfeldschen lassifizierung unterscheiden wir: Hermaphroditen (Abweichungen am Genitale), Andro- nen (andere Körperzeichen), Homosexuelle (Geschlechtstrieb), Metatrope (Geschlechts- ressivität) und Transvestiten (andere geistige Eigenschaften). Demgemäß ist unser Fall drogyn und metatrop. Wenn wir noch die späte und unvollkommene Entwicklung d den verhältnismäßig schwachen Geschlechtstrieb in Betracht ziehen, kommen wir m Schluß, daß sich hier der besondere Körperbau nicht auf Grund von Turnübungen twickelte, sondern von speziellen Anlagen, die einen solchen Körperbau ermöglichten.

Valentová: Fälle von Lupus vulgaris.

Mit 30%iger Resorzinpasta nach eigener Modifikation behandelt worden. Die ste wird 6—8—12 und mehr Wochen appliziert, bis der Krankheitsherd geätzt und t derselben Paste wieder verheilt wird. Täglich müssen sämtliche Zersetzungsprodukte m Herd und die Schuppen von der umgebenden Haut entfernt werden. Täglich ein rband. Die Methode ist schnell, schmerzlos und erfordert keine allzu häufige ärzt- he Kontrolle. Die Narbe ist glatt, normal pigmentiert, völlig unauffällig.

Šamberger: Früher heilten wir die geätzten Herde mit Borvaselin, die Modi- ation Valentová ist durch bessere Effekte gekennzeichnet.

Valentová: Fall von Molluscum fibrosum, der mittels einer Kombination von mpathikusbehandlung und Diathermokoagulation der Fibrome (Methode Řihová- lentová) behandelt wurde. An den bestrahlten Stellen, die den Brustnervenwurzeln rythema Gouin) entsprechen, bildeten sich seit 2 Jahren keine Geschwülste mehr, gegen entstanden auf anderen nicht bestrahlten Stellen neue Fibrome. Es scheint sich n Einfluß auf die Rückenmarkswurzeln und nicht den Sympathikus zu handeln, wie im Lichen planus.

Šamberger: Es wurden hier gute therapeutische Effekte bei Fällen erzielt, die her aller Therapie unzugänglich schienen.

Valentová: Fall von Prurigo lymphadénique.

Dauert bereits 20 Jahre, verschlechtert sich nach den Menses. Haut verdickt, an rper und Extremitäten weißliche und rosafarbige Papeln, im Gesicht größere Knoten. eder makroskopisch noch durch Röntgen Veränderungen des lymphatischen Apparates htbar. Blutbild weist auf eine pseudoleukämische Form hin.

Runtová: Leukoderma bei Psoriasis.

16jähr. Patientin mit psoriatischen Effloreszenzen und weißlichen depigmentierten ecken, welche sowohl selbständig als auch um die psoriatischen Effloreszenzen herum ftreten. Interessant ist die Frage, warum derlei bei manchen Psoriatikern entsteht. mberger erklärt das Leukoderma als Folgeerscheinung einer verminderten Vitalität r pigmentbildenden Zellen. Da das Leukoderma keine regelmäßig auftretende Erschei- ng der Psoriasis vorstellt, glaubte er ursprünglich, daß auch die geschwächte Vitalität r pigmentbildenden Zellen keine konstante Eigenschaft der Haut von Psoriatikern ist, Gegensatz zu der konstant erscheinenden Abschwächung des Keratinisationsvermögens. äter gelangte er zu der Ansicht, daß die geschwächte Vitalität bei der Psoriasis keines- egs sämtliche Funktionen in gleicher Stärke betreffen muß, so daß sowohl die Regene- ion des Keratinisationsvermögens als auch der pigmentbildenden Funktion einmal scher, ein anderes Mal langsamer vor sich gehen können. Geht die Regeneration des gmentbildenden Vermögens langsamer vor sich, so entsteht das Leukoderma.

Šamberger stellt fest, daß das Leukoderma und andere Symptome der Psoriasis n Ausdruck einer verminderten Vitalität der Epidermis seien. Vor kurzer Zeit er- hienen in der Literatur Einwände von Parl, der behauptet, daß bei der Psoriasis eine anthosis vorkomme und daß es sich daher um eine gesteigerte Vitalität der Malpighi- hen Zellen handle. Es genügt aber, die histologischen Bilder (z. B. in Précis von arier) anzusehen, um den Unterschied zwischen dem Grade der Akanthosis bei Pso- sis und Lichen zu sehen. Beim Lichen kommt es infolge eines Abwehrprozesses zur ldung vieler Reihen von Zellen über den Papillen, bei der Psoriasis ist das Stratum alpighii in der Regel verdünnt. Zur Vermehrung der Zellen kommt es nur in den pfen zwischen den Papillen. Die Akanthose bei Psoriasis und Lichen kann als Ver- digungserscheinung gewertet werden. Die Malpighischen Zellen vermehren sich,

Digitized by Google

damit die jungen Zellen einer besseren Verteidigung fähig seien. Aus der Akanthosis allein kann man daher nicht auf eine ursprüngliche Vitalität der Malpighischen Zellen schließen. Es wehrt sich sowohl der Starke wie auch der Schwache. Der Grad der Akanthose zeigt uns, wie sich der Organismus gewehrt hat. Vergleichen wir die Akanthose bei Psoriasis und Lichen, so gelangen wir zum Schluß, daß die Malpighischen Zellen beim Psoriatiker auch bei der Bildung der Akanthose eine geringere Vitalität aufweisen.

Hynie: 1. Favus impetiginodes.

Ein schwefelgelber, bröckliger Belag bedeckt fast den ganzen Kopf, nur der Haarrand ist frei, ausgeprägter Mäusegeruch. Hier und da kleine unregelmäßige eingezogene Narben. Haar weißlich bestäubt, leicht ausziehbar. Mikroskopisch ganze Zellenstreifen des Achorion Schönleini im Haare, sowohl im nativen Laugepräparat als auch im nach Sabouraud gefärbten. Therapie: Röntgen.

2. Ulcus molle perigenitale.

Neben Phimosis mit Ulcera mollia ein 2 × 3 cm großes Geschwür im linken Hypogastrium. Streptobazillen. Hynie-Prag.

Referatenteil

Fachzeitschriften

Venerologia und Dermatologia (Moskau)

1929, Nr. 6

Maschkilleison-Moskau: Zur Kasuistik der seltenen Syphilisformen. Syphilis kerionoformis.

Bei einem 22jähr. Mann fand sich auf der Wange ein erhabener, umschriebener Kreis von 5 cm im Durchmesser, der aus rosaroten Wucherungen mit infiltriertem Boden bestand; aus letzteren konnte ein serös-blutiges Sekret ausgedrückt werden, welches typische Spir. pall. enthielt. Die benachbarten Lymphdrüsen waren vergrößert. Die Affektion erinnerte sehr an eine tiefe Trichophytie. WR stark positiv. Unter spez. Behandlung erfolgte schneller Rückgang.

Selissky-Pawlowo-Posad: Zur Frage der Naevi sebacei.

18jähr. Mädchen mit einem Naevus sebaceus unilateralis, entstanden am Ort der Pockenimpfung. Histologisch handelte es sich um eine typische Talgdrüsenhyperplasie.

Kleinmann u. Großmann: Zur Frage der Epilation bei Haarpilzerkrankungen durch Thallium und Röntgenbestrahlung nach der Methode Buschke-Langer.

Die kombinierte Thallium-Röntgenbehandlung ergab bei 30 Patienten in 56% eine gute und in 24% eine schlechte Epilation. In $^1/_5$ der Fälle wurde kein Haarausfall erzielt. Schädliche Nebenwirkungen wurden bei 11 Kranken am 3.—10. Behandlungstage gesehen, welche in Kopf-, Gelenk- und Muskelschmerzen, wie in einem unbehaglichen Gefühl in der Herzgegend bestehen und nach 3—5 Tagen ohne Folgen zu hinterlassen abklingen. Nur in einem Fall entwickelten sich am 11. Behandlungstage Eiterbläschen auf dem behaarten Kopf, welche 9 Tage andauerten. Infolge der unbefriedigenden Epilation und Neigung zu Rezidiven halten indes die beiden Verff. diese Behandlungsart für nicht besonders empfehlenswert und nur dort für berechtigt, wo keine andere Behandlung zur Verfügung steht.

Derbandicker-Moskau: Zur Klinik, Pathogenese und Diagnostik der Angiome (Angioma cavernosum linguae).

16jähr. Mädchen mit kirschkerngroßen, bläulichen Geschwülsten auf der Zunge. Histol. Befund: Angioma cavernosum.

Nikiforowa, M.-Krassnodar: Ein Fall von Lepra maculo-anaesthetica, kombiniert mit Trichophytie der Haut, der Nägel und des behaarten Kopfes.

19jähr. Kranke.

Pomus-Leningrad: Zur Frage des Sarkoma idiopathic. haemorrhag. multiplex Kaposi.

60jähr. Jüdin mit Erscheinungen von hämorrhag., multiplen Sarkomen vom Typus Kaposi auf den oberen und unteren Extremitäten, angeblich seit 3 Jahren bestehend.

Digitized by Google

Verf. hält diese Krankheit, auf Grund des aus Proliferation des Gefäßendothels bestehenden Zellinfiltrates für ein Granulom, aber nicht für ein Hautsarkom.

Petscherski: Moorbäder zur Behandlung der chronischen gonorrhoischen Komplikationen.

Auf Grund eigener Beobachtungen im Kurort Jeisk am Asowschen Meer kam Verf. zur Überzeugung, daß die Moorbehandlung bei den chron. blennorrh. Gelenk- und Sehnenscheidenerkrankungen möglichst früh beginnen muß. Gleichzeitig müssen aber auch alle sonstigen Behandlungsmethoden Anwendung finden.

Nowotelnowa-Leningrad: Die Gonorrhoe bei kleinen Mädchen.

Die Blennorrhoe der kleinen Mädchen ist äußerst langwierig und fordert zuweilen eine jahrelange Behandlung. Sie führt nur in seltenen Fällen zu einer Affektion der inneren Geschlechtsorgane. In günstigen Fällen fordert die Behandlung 4—5 Monate. Eine vollkommene Genesung kann nur nach langdauernder Beobachtung und Anwendung der Provokationsmethode angenommen werden.

Eserskij-Moskau: Zur Pathologie der experimentellen Kaninchensyphilis.

Die gewöhnlich 2—6 Wochen dauernde Inkubationszeit bei der experimentellen Kaninchensyphilis kann sich, freilich in seltenen Fällen 3—6, ja sogar 10 Monate hinziehen.

Stankow-Lubuy: Vergleichende Untersuchungen in bezug auf die Reaktion Muttermilch und Wassermann.

Die Untersuchungen bestätigten, daß die Reaktion Muttermilch spezifisch sehr empfindlich und in ihrer Technik so einfach ist, daß sie zu Paralleluntersuchungen sogar in bescheiden eingerichteten Laboratorien empfohlen werden kann.

Kreinin u. A. Wassiljewa: Versuch der serologischen Untersuchung der Bewohner eines Dorfes.

Die serologische Untersuchung der Bewohner von 79% aller Gehöfte des Dorfes Klimowo im Nishnij Nowgoroder Gouv. ergab eine 5,5%ige Syphilisation der Bevölkerung dieses Dorfes. Unter den 91 auf diese Weise nachgewiesenen Syphilitikern fanden sich 1 Fall von S. II recens, 5 von S. III manifesta, 6 von S. II latens, 1 von Neurolues und 78 von S. ignorata, ohne jedes äußere Zeichen von Syphilis.

Furmanow-Lugansk: Geschlechtskrankheiten im Donezbassingebiet.

Die Erkrankungsziffer an venerischen Krankheiten bei den Grubenarbeitern und -arbeiterinnen im Donezbassin erwies sich hoch, nämlich

	im Jahre 1926	im Jahre 1927
an Syphilis	923	1084
an Tripper	1004	1375
an Ulcus molle	8	26
	1935	2485

Die Ursache hierfür liegt in der Loslösung der hinzugereisten Arbeiter von der Familie.

Schapiro, O.-Stalingrad: Ein Versuch, den Anforderungen und der Interessensphäre der Zuhörer in Fragen der sanitären Aufklärung entgegenzukommen.

Die dem Verf. während seiner sanitären Aufklarungsvorträge gestellten Fragen waren sehr mannigfaltiger Art, bald von allgemeinem, bald persönlichem Charakter und zeigten, daß der Vortragende nicht nur in seiner Spezialität, sondern auch in bezug auf Allgemeinwissen, ein auf der Höhe des Wissens stehender Arzt sein muß.

Glagolewa-Pensa: Familienuntersuchungen von Erkrankten an Syphilis in Pensa.

Es wurden 354 Familienglieder von 175 Syphilitikern untersucht, wobei es sich erwies, daß unter denselben sich 161 syphilitische Personen, d. h. 45% fanden. Hierbei zeigte sich, daß die Verbreitung der Syphilis hauptsächlich auf geschlechtlichem Wege stattfindet und daß der Alkoholmißbrauch eine große Rolle spielt.

Fälle aus der Praxis und therapeutische Bemerkungen.

Winogradow, N.: Ein Fall von „kombiniertem thyreogenem Infantilismus" vom Typus Brussand-Lorain infolge von Syphilis congenita tarda.

19jähr. Mädchen.

Bratzlawski-Odessa: Ein Fall von Dermatitis linearis lichenoides infolge Behandlung mit Salvarsan und Wismut.

36jähr. Mann.

Digitized by Google

Golomb-Odessa: Zur Frage der parenteralen Einführung von Proteinen und der Technik der Eigenbluttherapie.

Verf. bevorzugt die Eigenblutbehandlung und spritzt dasselbe nicht in die Glutäalgegend, wie allgemein üblich, sondern in die Rückenpartie zwischen den Schulterblättern.

Berenstein: Über die Arbeit des Venpunktes im Flecken Beresdowo.

Die Ziffern entbehren ihrer Kleinheit wegen des allgemeinen Interesses.

1929, Nr. 7

Jacubson, A., u. Grinewitsch-Smolensk: Zur Behandlung der progressiven Paralyse.

Die Verff. versuchten die progressive Paralyse auf verschiedene Art zu behandeln nämlich mittels innerlicher Darreichung von Osarsol oder mittels Injektionen von Tollwutvakzine oder endlich mittels Malaria- bzw. Rekurrensimpfung. Am wirksamsten erwies sich die letztere Behandlung, in Kombination mit darauffolgender spezifischer Kur.

Lewin, A.-Leningrad: Ein Fall von Hodensyphilis, welche Tuberkulose vortäuschte.

In dem klinisch vollkommen einer Tuberkulose gleichenden Fall von Hodensyphilis mit negativer WR wurden im Eiter, der sich aus der Fistel entleerte, Spir. pallidae gefunden.

Braude, R., u. Rossiansky-Moskau: Über strichförmige Dermatosen.

Beschreibung von 5 Fällen von strichförmigen Dermatosen, von denen drei die oberen Extremitäten, je einer die Brust bzw. die Partie der Hoden und Leisten betrafen. Der Charakter des Ausschlags glich in 3 Fällen einem Lichen ruber planus, in 2 einem Naevus linearis.

Althausen, W.-Moskau: Zur Frage des Sarcoid Boeck.

Da bei dem 18jähr. Mädchen mit Sarkoiden auf den Wangen sich Zeichen von Lungentuberkulose fanden, ferner eine Ostitis tuberculosa cystica multiplex konstatiert wurde und das histologische Präparat einen tuberkulösen Charakter aufwies, so muß nach Ansicht des Verf. das Sarkoid mit Tuberkulose in Zusammenhang gebracht werden.

Rolnik-Leningrad: Ein Fall von Ablagerung von Kalksalzen in der Haut.

Bei dem 20jähr. Mädchen traten, 6 Jahre nach überstandenem Fleckfieber, Knötchen an den Fingern der rechten Hand, wie auf der Beugefläche des linken Armes und der rechten Patella auf. Histologisch, chemisch und röntgenologisch konnte festgestellt werden, daß diese Knötchen, bei unversehrtem Knochensystem, aus kohlensaurem und phosphorsaurem Kalk bestanden.

Gasparjan u. Schischoff-Moskau: Zur Diagnose der männlichen Sterilität.

Auf Grund von 150 Untersuchungen kommen die Verff. zum Schluß, daß die üblichen Methoden zur Gewinnung des Ejakulats — Coitus condomatus, Masturbation, Punktion, Ausdrücken des Sekrets — zwecks Entscheidung gerichtsärztlicher Fragen nur bei Nachweis der Spermatozoen Bedeutung hat, sonst nicht.

Landesmann u. Einoch-Odessa: Zur Frage des Mastdarmtrippers bei Frauen.

Es wurden untersucht 119 Fälle, darunter 7 gesunde und 104 tripperkranke Frauen und 8 tripperkranke Mädchen. Bei den Frauen handelte es sich in 32 Fällen um frische Blennorrhoe, in 72 um chronische Blennorrhoe; bei allen Mädchen um chronischen Tripper. Der Mastdarm erwies sich bei 16, d. h. in 14,3% mitbeteiligt. Die Symptome, sowohl die objektiven als subjektiven waren geringfügig. Durch tägliche Einspritzungen von 1—5%iger Protargollösung gelang es schnell, das Leiden auszuheilen.

Kahn, A.-Moskau: Über den therapeutischen Wert des „Laktosan".

Die Anwendung des Laktosan in Form intramuskulärer Injektionen in die Gesäßpartie, in einer steigenden Dosis von 1,0—5,0, ja 6,0 und 8,0 (jeden 4.—7. Tag), in Kombination mit den gewöhnlichen Behandlungsmethoden ergab in 23 Fällen von Erkrankungen der Uterusadnexe einen günstigen therapeutischen Effekt, so daß dieses Mittel als gutes Hilfsmittel dienen kann.

Ariewitsch-Moskau: Versuch zur Erforschung der Erythrozytensenkung bei NS-Eingießungen an Kaninchen.

Diese Kaninchenexperimente ergaben, daß die intravenöse Zuführung kleiner Gaben NS keine Beschleunigung der Erythrozytensenkung hervorruft, diejenige toxischer Dosen eine solche veranlaßt.

Digitized by Google

Bronstein u. Skljar-Sewastopol: Die WR und die Reaktion Kahn bei gesunden und syphilitischen Kaninchen.

Das vorbehandelte Serum gibt bei gesunden Kaninchen in 5% eine unspezifische Reaktion und ferner gibt das vorbehandelte Serum in 12,5% eine Selbstbindung des Komplements. In 82,5% gibt das vorbehandelte Serum bei gesunden Kaninchen ein ausgesprochen negatives Resultat. Syphilitisch infizierte Kaninchen geben eine deutliche positive WR und KR nur bei Vorhandensein gut ausgebildeter Sklerosen oder sekundärer Erscheinungen.

Kljuchin, Babkoff, Schufer-Moskau: Die diagnostische Bedeutung der Reaktion „Dujarric-Gallerand" bei Syphilis.

Diese Reaktion hat nur in bezug auf aktives Serum eine gewisse praktische Bedeutung, bei inaktiven Seren keine.

Okun-Saratow: Etappen in der Entwicklung der venerologischen Dispensaire.

Verf. schildert die allmähliche Entwicklung der Tätigkeit des Saratower venerologischen Dispensairs während seines 5jähr. Bestehens und kann mit Befriedigung verzeichnen, daß die latenten Syphilitiker und chronischen Blennorrhoiker ohne weiteres ärztliche Hilfe aufsuchen und daß dank der Aufklärung und prophylaktischen Arbeit die Zahl der frischen Fälle von Syphilis und Tripper zurückgegangen ist.

Motylew-Moskau: Die Maßregeln gegenüber der Prostitution im Lichte des „fünfjährigen Planes".

Verf. unterscheidet 3 Arten von Prostituierten: 1. zufällige, 2. berufsmäßige, 3. mit den Verbrechern in Kontakt stehende. Eine jede dieser verschiedenen Typen fordert besondere Maßregeln, welche näher geschildert werden.

Kaufmann u. Hohutkin: Material zum Studium der Syphilis auf dem Lande.

Die Syphilis hat im Kreise Schadrin ihren volkstümlichen Charakter weiter beibehalten, d. h. die meisten Infektionen kommen bei Weibern und Kindern vor, die wenig Beachtung der Krankheit schenken. Aufklärung, Untersuchung aller Bewohner und Behandlung der Kranken tuen not.

Fälle aus der Praxis:

Pesterew: Ein Fall von Heterosuperinfektion bei Syphilis.

Ein 50jähr. Buräte infizierte sich vor 2 Jahren syphilitisch, welche längere Zeit von einem Kurpfuscher (Lama) behandelt wurde. Im Sept. 1925 kam der Kranke zum Arzt, welcher S. II recidiva (Papeln und Angina) konstatierte. Er erhielt 12 Inj. Hg salicyl. und 7 Inj. NS., KJ und Einreibungen (18). Im Febr. 1926 schwollen die Lider an, wieder wandte er sich an den Lama und erst im Sept. 1926 kam er zum Arzt, welcher entsprechend dem linken, unteren Lid eine Induration fand. Spir. pall. wurden nachgewiesen und die benachbarten Drüsen erwiesen sich vergrößert.

Liebermann, M.-Jaroslaw: Ein Fall von Syndaktylie Mirkin. Ein Fall von Morbus Recklinghausen.

1929, Nr. 8

Russakowa-Kiew: Zur Frage der Allergie und Superinfektion bei Syphilis.

Verf. berichtet über zwei Fälle, welche sie trotz der Ähnlichkeit mit einer Reinfektion, als Superinfektion deutet: 1. 28jähr. Frau, welche Ende 1927 wegen S. II eine kombinierte Bi + NS-Kur erhalten hatte, kam am 7. II. 1929 mit einer Erosion auf der einen kleinen Schamlippe, welche große Ähnlichkeit mit einem Primäraffekt hatte und 2. eine 24jähr. Prostituierte, welche wegen Luesrezidiv energisch behandelt worden war, schied aus dem Krankenhaus mit einer negativen WR. Vier Monate später stellte sie sich mit einem Oedema induratum der rechten Schamlippe und Papeln, bei positivem Wassermann, von neuem vor.

Benjamowitsch u. Maschkilleisson-Moskau: Zur Frage der Atrophia cutis striata (Striae cutis atrophicae).

Bericht über 14 Fälle von Atrophia cutis striata mit Lokalisation auf der Vorderfläche der Oberschenkel und des Gesäßes bei 13 Männern und einer Nullipara, im Alter von 21—44 Jahren. Der Befund von degenerativen Veränderungen des elastischen Gewebes, das Vorkommen der Striae an Stellen, welche früher solche nicht aufgewiesen hatten, bei Personen mit akuten oder chronischen Infektionen, spricht für einen toxischen Einfluß. Für die Mehrzahl der Fälle ist als unbedingte Vorbedingung eine verminderte Widerstandsfähigkeit des elastischen Gewebes anzusehen, welche intrauterin oder später durch Toxine oder durch Gleichgewichtsstörungen im endokrinovegetativen System entstehen kann.

Digitized by Google

Ssyrenskaja-Moskau: Zur Frage der Karzinombildung bei Lupuskranken.

Bericht über 11 Lupuskarzinomfälle nach L. vulg. und einen solchen nach L. erythematodes; beobachtet in der Moskauer Lupusheilstätte. Diese sekundären Karzinome hatten auf das allgemeine Befinden der Kranken keinen Einfluß, lokalisierten sich in allen Fällen auf dem Gesicht, machten keine Metastasen und riefen keine Lymphdrüsenschwellung hervor. Bloß in 3 Fällen hatte eine energische Röntgenbehandlung vorher stattgefunden. Es handelte sich in 7 Fällen um einen Plattenzellen-, in einem Falle um einen Basalzellenkrebs, während in den übrigen Fällen keine histologische Untersuchung vorgenommen worden war.

Batunin-Kasan: Impetigo herpetiformis beim Mann mit Veränderungen der Gelenke und Nägel.

Die bei einem 35jähr. Russen vorhandene, typische Impetigo herpetiformis Hebrae war mit Veränderungen der Nägel und Gelenke verbunden. Histologisch handelte es sich um das Bild einer oberflächlichen Entzündung der Haut. Bei der Autopsie wurden Ulcera ilei perforativa und Peritonitis serosa-purulenta perforativa gefunden, so daß Verf. als Ursache dieses Falles einen pyämischen Prozeß annimmt, der in den Gelenken beginnend, später auf die Bauchhöhle weiterging.

Bak-Moskau: Über ausgebreitete Condylomata acuminata der Harnröhre.

Bei dem 37jähr. Kranken entwickelten sich 6 Monate nach Beginn des Trippers Condylomata acuminata zuerst auf dem Präputium, dann am Orificium ur., mit allmählichem Übergang in die Harnröhre selbst. Die Behandlung bestand in Diathermie unter Anästhesierung mit $^1/_2$%iger Novokainlösung. Es waren 5 Sitzungen nötig, welche mit wöchentlichen Intervallen vorgenommen wurden.

Borisoowskij-Leningrad: Über die Dauer der Inkubationsperiode beim Tripper.

Zur Gonokokkeninfektion kommt es nur, wenn die Gonokokken in die Tiefe der Gewebe gelangen. Verf. berichtet über 3 Fälle von primärer Blennorrhoe mit einer Inkubationsdauer von 15, 27 und 30 Tagen.

Rosow-Kostroma: Wie lange soll die Gonorrhoe beim Manne behandelt werden?

Die Heilung der akuten und chronischen Urethritiden läßt sich nur urethroskopisch feststellen, da das klinische und mikroskopische Wohlbefinden, wie auch die verschiedenen Proben ungenügend sind. Selbst eine Provokation hat nur bedingten Wert. Als urethroskopisches Wohlbefinden ist das Fehlen von Herden, welche verdächtig sind anzusehen. Die Blennorrhoe der Urethraschleimhaut ist fast in 100% der Fälle ausheilbar (? Anm. des Ref.), aber fordert eine langwierige Behandlung. Bei Komplikationen von seiten der Adnexorgane kann nur von einer relativen Ausheilung gesprochen werden, so daß der Verhütung der Komplikationen die Hauptaufmerksamkeit geschenkt werden muß.

Skljar-Moskau: Die Häufigkeit des Spirochätennachweises und deren morphologische Besonderheiten im Kindesalter bei kongenitaler Lues.

Verf. konnte 61 Kinder mit kongenitaler, unbehandelter Lues untersuchen, welche größtenteils mit Hauterscheinungen verlief. In 53 Fällen, d. h. in 90%, konnte er Spir. pallidae nachweisen, nicht nur in den Papeln, sondern auch im Konjunktivalsekret und im Nasenschleim. Die NS-Behandlung der Mutter ruft in der Regel keinen Schwund der Spir. pall. bei den Neugeborenen hervor.

Wainstein u. Zelitschewa-Kasan: Die Woodschen Strahlen bei der Syphilisserologie.

Nach den Erfahrungen der Verff. haben die Woodschen Strahlen für die Serologie der Syphilis keine praktische Bedeutung.

Schpanir-Odessa: Zur Färbung der Spirochaetae pallidae im dicken Tropfen.

Verf. empfiehlt zur Färbung der Spir. pallidae im dicken Tropfen das Untersuchungsmaterial auf dem Deckglas ebenso zu behandeln, wie einen dicken Blutstropfen. Das Präparat wird ohne Anwärmung und ohne vorhergehende Fixation in der Luft getrocknet und dann mit Giemsalösung gefärbt (1 : 10—1 : 15).

Schapiro-Minsk: Bericht über die fünfjährige Tätigkeit des Vendispensaire in Minsk.

Die Anzahl der Besucher ist von 36601 im Jahre 1923 auf 102868 im Jahre 1927 gestiegen.

Okun: Bericht über die Tätigkeit einer venerologischen Abteilung in Sibirien.

Es wurden von der 23485 Seelen zählenden Bevölkerung von 11 Dörfern im Neusibirischen Bezirk 16886 Personen untersucht, wobei sich bei 488, d. h. in 2.88%, Lues fand. Blennorrhoe wurde nur in 9 Fällen konstatiert.

Digitized by Google

Platowskij-Odessa: Die Gonorrhoe in Rostow a. D.
Blennorrhoe wurde bei Männern in 7,2%; bei den Frauen in 1,3% nachgewiesen, runter akute Blennorrhoe bei den Männern in 4,7% und bei den Frauen in 1%.
Leinbach: Bericht über den Kongreß zur sexualen Reform in Kopenhagen.
Schwarzmann-Moskau: Eine Übersicht über die persönliche Prophylaxe der enerischen Krankheiten und über die Prophylaktorien.
Rijshick-Iwanowo-Wosskresensk: Ein Fall von hartem Schanker der äußeren arnröhrenmündung bei einem 45jähr. Mann.
Punskij-Luganak: Ein Fall von Tabes dorsalis bei gleichzeitigem Bestehen ner Sarcocoela syph.
Der 52jähr. Grubenarbeiter gab an, vor 14 Jahren Lues erworben zu haben.
Koljada-Kiew: Syphilis tuberculosa erinnernd an Lupus vulg.
Lokalisation der Erkrankung auf der linken Gesichtshälfte bei einer 35jähr. äuerin. Von Lues weiß sie nichts. A. Jordan-Moskau.

Mitteilungen aus der Literatur

Haut- und Stoffwechsel

Cluver, E. H.: Pellagra Among the Maize-Eating Natives of the Union of outh Africa (Pellagra bei den Mais essenden Eingeborenen des Südafrikanischen Staaten-erbandes). Brit. m. J., 1929, Nr. 3590, S. 751.
In Südafrika sind in den Jahren 1906 bis 1928 Epidemien von Pellagra bei Ge-ngenen beobachtet worden, während bei den in Freiheit lebenden Einheimischen otz ihrer primitiven aber vorwiegend auf den Genuß von Mais beschränkten Er-ährungsweise Pellagra kaum vorkommt. C. führt an der Hand von statistischen abellen aus, daß an den Erkrankungen wohl einesteils die Ernährung mit vitamin-rmen Maispräparaten, andererseits das andauernde Arbeiten unter dem schädigen-en Einfluß der Sonnenhitze schuld sei. Bei der den Strafgefangenen verabreichten ost sei namentlich das P.-P.-Vitamin ungenügend vertreten; zur Bekämpfung von korbut unter den Bergwerksarbeitern im Transval hat sich ein Zusatz von gekeimten ohnen zur Tagesration als wirksam erwiesen. A. Philippi-Bad Salzschlirf.
Rachmilewitz, M.-Altona: Ein Fall von Pellagra. (Med. Abt. d. Städt. Kranken-auses.) Kl. W., 1929, Nr. 39, S. 1819.
47jähr. Mann mit einer durch Nachtdienst bedingten unregelmäßigen Lebens-eise und Ernährung. Kein Maisgenuß. Unter vitaminreicher gemischter Kost, Arsen, trychnin und verdünnter Salzsäure Wiederherstellung innerhalb von 4 Wochen.
Frei-Berlin.
Prados y Such, M.-Malaga: Beitrag zum Studium der Pellagra. (Psychiatr. bt. d. Provinzial-Krankenhauses.) Kl. W., 1929, Nr. 40, S. 1862.
Die Pellagra entsteht durch das Fehlen oder die ungenügende Zufuhr gewisser minosäuren und Vitamine, hauptsächlich des fettlöslichen und des Vitamins D. athogenetisch ist an eine Veränderung des Sympathikussystems zu denken. Zahl-iche klinische Symptome erinnern an Erscheinungen bei Nebenniereniusuffizienz. n der ersten Krankheitsperiode besteht zugleich eine Erhöhung des Blutkalkspiegels - Zusammenhänge, die an die Befunde von Rothman und Callenberg bei Ultra-iolettbestrahlung erinnern. Das bekannte spanische, besonders bei Hämophilie und urpura erprobte Vitaminpräparat „Nateina Llopis" bewirkt einen raschen Rückgang ller Krankheitssymptome und verhindert das Auftreten der sonst zurückbleibenden lautpigmentierung, indem es zu einer Schälung der erkrankten Hautpartien, mitunter uch der ganzen Körperoberfläche führt. Frei-Berlin.

Pigment

Kreibich, C.-Prag: Zur Diagnose pigmentierter Neubildungen der Haut. Dtsch. Dermatol. Kl.) M. Kl., 1929, Nr. 45, S. 1732.
Die richtige und schnelle Diagnose umschriebener Pigmentvermehrung an der laut kann lebenswichtige Bedeutung haben. In Frage kommen verschiedene Formen: igmentierte zellige Naevi, entstehend durch Abtropfen von Epithelzellen in die utis, die Pigment enthalten, sie entarten sehr selten, können zu größeren Gebilden

Digitized by Google

heranwachsen, zeigen geschlossene, papilläre Oberfläche. Blaue Naevi sind zellig Naevi, meist aus spindelförmigen, tief in die Kutis abgetropften Zellen bestehend die reichlich von Kutischromatophoren umgeben sind, wichtig ist ihr langsame Deutlicherwerden. Pigmentierte Ulcera rodentia sind Epitheliome von basozellulärer Typus, wobei die epitheliale Wucherung dicht von Melanoblasten durchwachsen is sie sind selten, da meist Pigment schwindet, wo Kankroid beginnt. Hierzu gehör der Schornsteinfegerkrebs. Therapie wie beim nicht pigmentierten Ulcus rode Pigmentierte senile Warzen und Keratome: Naevoide Wucherungen des Papillar körpers, im Beginn Hautfarbe, später gelblich, schmutzig braungelb, Oberfläch trocken, hyperkeratotisch, warzenartig gestichelt. Verwechslung mit malignen Formen auszuschließen, naheliegender, wenn Pigmentierung tiefdunkel wird oder durc Reibung, Kratzen entzündliche Reizung eintritt, die bisher trockene Oberfläch feucht papillär wird; meist genügt Abtragung mit dem Löffel und Lapisierung d Basis. Übergang in Karzinom kommt vor, aber meist in benigne Formen. Bowe dermatose ist naevusartige Hyperplasie mit Atypie im Epithel und stärkerer Reaktio der Kutis, zeigt feuchtere krustöse Oberfläche; die langsame Entwicklung spric gegen Naevuskarzinom, Übergang in Karzinom kommt vor. Pigmentkarzinom ist n befürchten bei raschem Dunklerwerden eines flachen Naevus, besonders wenn di nicht gleichmäßig erfolgt. Dann zeigen sich dunkle Knötchen, an deren Oberfläch das Deckenepithel verdünnt ist, oft noch von Schuppen bedeckt, nach deren Abhebu braunglänzende Oberfläche oder bereits Erosion. Durch Entnahme von etwas Gewe mit Sonde kann man hier mikroskopisch die Tumorzellen nachweisen. Chirurgisch Entfernung, die aber meist versagt, wenn schrotkörnige Aussaat um zentralen Tumor stattgefunden hat. Pigmentationen der Röntgenhaut scheinen sich nicht in Pigment karzinome umzuwandeln, höchstens in Kankroide oder Epetheliome.

E. Levin-Berlin.

Rodecurt, M.-Karlsruhe: Über Hautveränderungen bei Säuglingen nach Vigantoldarreichung. (Landes-Frauenkl.) M. m. W., 1929, Nr. 34, S. 1420.

Schon 1927 bemerkte R. bei drei Säuglingen nach Vigantoldarreichung das Auftreten von Hautbräunung ähnlich wie bei Höhensonnenbestrahlungen, teilweise wurde die Haut außerdem rauh und spröde. Damals wurde dieser Befund als zufällige Begleiterscheinung aufgefaßt; seitdem wurde aber bei verschiedenen anderen Vigantolsäuglingen ein ähnlicher Hautbefund beobachtet. In letzter Zeit ist noch von anderer Seite (Bernheim-Karrer-Zaruski, Über Pigmentierung der Haut nach Vigantoldarreichung, Mschr. f. Kinderhlk., 1928, Bd. 42) Ähnliches beschrieben worden, so daß wohl an dem Auftreten von Hautveränderungen durch Vigantol nicht mehr zu zweifeln ist. Die Ursache der Pigmentierung ist nicht geklärt, von ähnlichen Befunden bei Erwachsenen nichts bekannt.

Sprafke-Chemnitz.

Benigne Neubildungen und Mißbildungen

Urbach, E., u. C. Wiethe-Wien: Lipoidosis cutis et mucosae. (Univ.-Kl. f. Hals-, Nasen- u. Ohrenkrkh. u. Univ.-Kl. f. Haut- u. Geschlechtskrkh.) Virch. Arch., Bd. 27 H. 2, S. 285.

Es handelt sich um ein neues Krankheitsbild, über das die Verff. einzeln schon berichtet haben. Das Leiden — von Verff. bisher an 9 Fällen aus 4 Familien studiert — tritt fast stets familiär, bisher aber nicht nachweisbar hereditär auf; in 3 Familien bestand Blutsverwandtschaft der Eltern. Schon nach der Geburt macht es sich durch Heiserkeit geltend; die Hautaffektion aber tritt erst später in Erscheinung, und zwar 1. in Form knötchenförmiger weißgelblicher Einlagerungen, besonders im Gesicht, 2. als Hyperkeratosen, diese vorwiegend an den Extremitäten. Dazu kommen in allen Fällen ausgebreitete gelbweiße Einlagerungen in die Schleimhäute des Mundes, Rachens und Kehlkopfes. Das histologische Bild ist bei allen drei makroskopisch verschiedenartigen Affektionen das gleiche und ist in angedeuteter Weise auch an makroskopisch normalen Hautstellen nachweisbar. Es ist gekennzeichnet durch homogene Verdickung der Gefäßwände, stellenweise mit naevusartiger Vermehrung der Kapillaren und Einlagerung einer lipoiden Substanz, teils diffus ins Gewebe teils in die Gefäßwände. Die Substanz färbt sich mit Sudan dunkelorange, mit Ciaccio orangegelb, nach Smith-Dietrich tiefblauschwarz, sie ist löslich in kochendem Alkohol und in siedendem Azeton bei 2stündigem Aufenthalt. Danach gehört sie in die Gruppe der Phosphatide und ist von dem Lipoid der Xanthome ver-

Digitized by Google

schieden. Aus der Tatsache, daß sie in Paraffinpräparaten nicht ganz fehlt, sondern in Form homogener Massen mit kleinstvakuolärer Zeichnung erscheint, schließen die Verff., daß es sich um eine Lipoideiweißverbindung handelt. In allen Fällen bestand ein durch alimentäre Glykosurie oder pathologische Blutzuckerkurve bei Belastung nachweisbarer latenter Diabetes, einmal auch bei der Mutter. Die Lipoide im Blut sind erhöht, dagegen das Cholesterin nur wenig, die Neutralfette gar nicht. Es handelt sich also um eine familiär auftretende Hyperlipoidämie, die zu Einlagerung der Fettstoffe in konstitutionell geschädigte Gefäße führt. Die Beziehung dieser Lipoidämie zu der Kohlehydratstoffwechselstörung — ob über- oder untergeordnet oder koordiniert — ist noch nicht festzustellen. Die Lipoidanhäufung ist ein infiltrativer, kein degenerativer Prozeß. Der Verlauf ist chronisch-progressiv, er kann durch Verengerung der Luftwege lebensbedrohend werden; er hat schon mehrmals Tracheotomie nötig gemacht. Im übrigen empfiehlt sich neben chirurgischer Entfernung der entstellenden Knötchen kohlehydratfreie Kost und Insulin.

Fr. Wohlwill-Hamburg.

Alexander, A.-Charlottenburg: Zur Frage der Lipogranulomatosis subcutanea (Makai). (Dermatol. Abt. d Städt. Krankenhauses.) Kl. W., 1929, Nr. 46. S. 2138.

Makai hat 1928 die uns Dermatologen wohlbekannten harten, in ihrer äußeren Form teilweise an Darier-Roussysche Sarkoide erinnernden subkutanen Lipome unter dem Namen Lipogranulomatosis subcutanea beschrieben. Alexander akzeptiert diesen Namen, weicht aber von der histologischen Auffassung des Prozesses durch M. insofern ab, als er die von M. geschilderten tuberkuloseähnlichen Veränderungen für eine Wucheratrophie des Fettgewebes erklärt, wie sie auch bei verschiedentlichen infektiösen Prozessen infolge toxischer Einwirkung (bzw. Druckwirkung, Ref.) auf das Fettgewebe eintritt. Auch einen von ihm früher (Derm. Zschr., 29) als atypisches Erythema induratum aufgefaßten Fall möchte A. heute mit einer gewissen Reserve zu diesen Lipomen rechnen.

Frei-Berlin.

Spitzmüller, W.-Wien: Zur Klinik der symmetrischen Lipombildung. (II. Chir. Univ.-Kl.) W. m. W., 1929, Nr. 44, S 1387.

Verf. beobachtete selbst einen Fall und fand weitere neun in Krankenarchiven, die er beschrieb. Die Ätiologie ist ungeklärt, Heredität läßt sich nur selten nachweisen. Manchmal wird Fettleibigkeit, aber auch Magerkeit und asthenischer Habitus gefunden. Trauma über den Weg der trophoneurotischen Störung scheint sich hier und da nachweisen zu lassen, Alkoholabusus bestimmt eine Rolle zu spielen, innersekretorische Störungen vielleicht. Männer im 3. bis 4. Jahrzehnt werden von der Geschwulstbildung besonders gern betroffen. Das Wachstum ist langsam und infiltrierend; die Fettläppchen gehen allmählich ins Fettgewebe der Unterhaut über, daher ist die Exstirpation schwierig. Von zurückgebliebenen Geschwulstzapfen gingen Rezidive aus. Histologisch bestehen die exstirpierten Teile aus Lipomen ohne Kapsel. Intern scheinen Schilddrüsenpräparate manchmal zu nützen. Die Hals-Nackengegend stellt die Hauptlokalisation dar. Außerdem werden von da ausgehend Stamm- und obere Extremitäten betroffen.

H. Colman-Berlin.

Corsdress, O.-Essen: Tierfellnaevus beim Neugeborenen. (Kinderkl. d. Städt. Krankenanstalten.) Mschr. f. Kinderhlk., Bd. 45, H. 1, S. 43.

Bericht über ein Kind mit ausgedehnten Naevi am ganzen Körper und Gesicht, die Farbe im Zentrum tiefschwarz, nach der Peripherie allmählich sich aufhellend hellbraun. In den folgenden Monaten zunehmende starke Behaarung der Naevi.

R. Ley-Kreuznach.

Regressive Störungen und Atrophien

Latko-Moskau: Die Behandlung des Lupus erythematodes mit Krysolgan. Med. Obosrenje Nishnejo Powolshja, 1929, Nr. 5/6.

Mit Krysolgan wurden behandelt 11 Fälle (8 mit Lupus eryth., 2 mit Tuberkuliden, 1 mit Ulerythema ophryogenes). Erfolgreich wirkten 0,0001 bis 0,1 Krysolgan, 8—10mal intravenös injiziert. Auf Tuberkulide und das Ulerythema hatte das Krysolgan keine Wirkung, auf 5 Fälle von L. eryth. wirkte es gutartig ein. In 2 Fällen versagte es, im 3. trat eine starke Temperatursteigerung ein, freilich handelte es sich um einen L. eryth. acutus; die Behandlung wurde nach 2 Injektionen aufgegeben; die Kranke starb 35 Tage später infolge einer Pneumonie und Pleuritis. Als ungünstige Nebenwirkungen des Krysolgans wurden, außer Fiebersteigerungen, Pulsverlangsamungen konstatiert.

A. Jordan-Moskau.

Digitized by Google

Edeiken, L.: Scleroderma with Sclerodactylia (Skleroderm mit Sklerodaktylie). J. Am. Röntgenol., Bd. 22, Nr. 1, S. 42.

Bericht über 3 Fälle mit Röntgenbefunden. In 3 Fällen, die verheiratete Frauen jüdischer Rasse betrafen, wurden Veränderungen an den Endphalangen im Röntgenbild festgestellt, die durch eine Kombination von Atrophie mit Kalkablagerungen charakterisiert waren. Während die Atrophie in ähnlicher Form, u. a. auch bei Raynaud und bei der Lepra vorkommt, ist das Auftreten von Kalkkonkrementen auf die Sklerodaktylie beschränkt. In 2 Fällen zeigten sie sich in Form von feinen Kalkkonkrementen in den Weichteilen der Fingerspitzen, in einem Fall in Kalkablagerungen in der Spitze der Endphalangen. Holthusen-Hamburg.

Maligne Neubildungen

Deelman, H. T.-Groningen: Das Präkarzinom. (Labor. f. path. Anat. d. Reichsuniv. Groningen-Holland.) Z. Krebsforschg., Bd. 29, H. 4, S. 307.

Nach interessanten terminologischen, allgemeinpathologischen Erörterungen postuliert der Verf., den Ausdruck „Präkarzinom" nur für diejenigen Prozesse, bei denen mit Wahrscheinlichkeit eine spontane Veränderung in einen malignen Prozeß erwartet werden kann; Hinweis auf die Leukoplakie der oberen Luft- und Verdauungswege als echte präkarzinomatöse Veränderung: leukoplakisches Epithelgewächs ist als erstes Stadium des Präkarzinoms aufzufassen. Verf. legt dar, daß das experimentelle Teerkarzinom zu Beobachtungen derselben Art führt.

F. Jacobsohn-Berlin.

Freund, L.-Wien: Embryonalentwicklung und Tumorbereitschaft. Eine Studie zur Geschwulstlehre von Cohnheim. Mschr. f. Geburtsh., Bd. 82, H. 4/5, S. 276.

Die Tumordisposition beruht auf dem Zurückbleiben nicht völlig ausgereifter Zellelemente, die im späteren Leben den Artcharakter teilweise verlieren und ihr Proliferationsvermögen zurück erhalten. Malignität bedeutet das stufenweise Aufgeben derjenigen Impulse, die phylogenetisch und ontogenetisch zur Hochzucht der Zelle geführt habe. Es ist die Vorstellung zulässig, daß es sich beim Verluste des Schutzvermögens im Blute des Tumorkranken um den Ausfall einer als Komplement wirkender Substanz handeln könnte, durch deren neuerliche Zuführung es gelingen dürfte, das verlorene Schutzvermögen wieder zurückzugewinnen.

F. Winkler-Wien.

Handley, W. S.: Lymph-Stasis the Precursor of Cancer (Lymphstauung als Vorbedingung für Krebs). Brit. m. J., 1929, Nr. 3587, S. 607.

In geistreicher Spekulation führt H. aus, daß die Krebszelle eine atavistische Rückkehr zu dem uranfänglichen Zustand des einzelligen Organismus darstelle, da es sich um undifferenzierte, im menschlichen Körper existierende Einzelzellen handle, welche unter normalen Verhältnissen durch die von den anderen Körperzellen abgesonderten Hormone an weiterer Vermehrung gehindert werden, die aber beim Ausbleiben solcher Hormone namentlich infolge von Stockungen des Lymphstromes ihren primären Vermehrungstrieb wieder verfallen. Eine Stockung des Lymphstromes könne auf verschiedenen Wegen bewirkt werden, durch chemische Agentien (Teer), durch mechanische Insulte, durch Bakterien usw. H. verweist unter Beigabe von Mikrophotogrammen auf die anatomischen Verhältnisse bei Übergängen zwischen Papillomen, Lupusknoten, Pagetscher Krankheit, Elephantiasis usw. auf der einen und Krebs auf der anderen Seite. A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Flaszen, J., u. H. Wejtel: Über die Bedeutung der alkalischen Reaktion für das Krebswachstum. Kl. W., 1929, Nr. 41, S. 1912.

Suspendiert man bei Impfübertragung von Mäusekrebs die Karzinommasse in 0,1%iger Natriumkarbonatlösung, so ist gegenüber nichtalkalischen Flüssigkeiten das Wachstum stärker, und der Tod tritt früher ein. Substanzen, die an sich die Verimpfbarkeit der Krebszellen bei der Maus hemmen, verlieren bei Alkalizusatz diese Eigenschaft, ja können sogar unter solchen Umständen steigernd wirken. Auch Vorbehandlung mit Alkali begünstigt das Angehen einer späteren Impfung. Ebenso gehen Mäuse mit voll entwickelten Krebsgeschwülsten nach Injektion alkalischer Lösungen schneller zugrunde. Diese Befunde stehen mit klinischen sowie experimentellen Beobachtungen in Übereinstimmung. Frei-Berlin.

Caspari, W., F. Ottensooser, M. Fauser u. E. Blothner-Frankfurt a. M.: Über den Einfluß der Kost auf das Wachstum von Impfgeschwülsten. I. Mitteilung.

Digitized by Google

Vitaminversuche mit kohlehydratfreier Grunddiät, einseitige Diätformen. (Staatsinst. f. exper. Ther.) Z. Krebsforschg., Bd. 29, H. 4, S. 334.

Die Versuche geben ein gutes Bild von dem Wachstum der Transplantationstumoren bei bestimmter Kost der Versuchstiere. Nach kritischer Besprechung der vorliegenden Literaturergebnisse schildern die Verf. ausführlich die Anlage ihrer eigenen Versuche. An 4 Tabellen Erörterung der Ergebnisse. Es scheint dem Vitamin B eine Bedeutung für das Tumorwachstum zuzukommen und eine kohlehydrat- und vitaminfreie Mangeldiät eine sehr erhebliche Hemmung auf das Geschwulstwachstum auszuüben. Auch reine Hafer- und reine Fleischkost wirken gleichsinnig, schon eine Kost aus Kartoffelbrei und roher Milch läßt Schädigungen des Geschwulstwachstums erkennen. F. Jacobsohn-Berlin.

Flaks, J.-Warschau: Hormondrüsen und Tumorwachstum. II. Mitteilung. Histol. Inst. d. Univ.) Z. Krebsforschg., Bd. 30, H 2, S. 145.

Bei Untersuchungen über den Einfluß der Nebenniere auf das Wachstum des Rattensarkoms zeigt sich, daß die in die Oberschenkelmuskulatur zusammen mit dem Sarkom implantierte ganze Nebenniere auf das Wachstum der Tumorzellen hemmend wirkt, während Milz, Leber, Thymus, Hoden und Corpus luteum ohne Wirkung sind. Auch Nebennierenbrei in einem Tropfen geronnenen Plasmas in die Oberschenkelmuskulatur wirkt auf das Wachstum der Tumorzellen hemmend. Bei Implantation des Sarkoms in die Nebenniere selbst kann aber kein Einfluß auf das Tumorwachstum beobachtet werden. F. Winkler-Wien.

Lipschütz, B.-Wien: Ergebnisse zytologischer Untersuchungen an Geschwülsten. IV. Untersuchungen über Mäusekarzinom. V. Untersuchungen über das Rattensarkom. (Prosektur d. Franz-Josef-Spitals.) Z. Krebsforschg., Bd. 29, H. 5, S. 449.

Es besteht eine weitgehende strukturelle Übereinstimmung der Rattensarkomzelle mit den Geschwulstzellen des Mäusekarzinoms und des Mäusesarkoms. Dem zum Teil noch zentral gelegenen, zumeist aber exzentrisch verlagerten Kern liegt ein Archoplasma an, das verschieden groß ist, mitunter sogar Kerngröße erreicht und bei feuchter Giemsafärbung durch die stark verdichtete Substanz des grau- bis schneeweißen oder leicht rötlichen Farbentons und den haarscharf begrenzten, oft fein gezähnelten Rand ungemein plastisch hervorzutreten pflegt; das Archoplasma ist rundlich oder länglich, seine Substanz ist homogen oder leicht granuliert und liegt in spindeligen Zellen einem Kernpol an. Das ein progressives Wachstum aufweisende Archoplasma spielt in der Ausbildung der Struktur der Geschwulstzelle eine Rolle, indem es einerseits den Kern peripher verschiebt und sogar aushöhlt und andererseits auf die Ausbildung einer basophilen Kappe in der Zelle einen Einfluß übt; diese Kappe zerfällt ähnlich, wie es für die Geschwulstzellen des Hühnersarkoms und des Mäusesarkoms beschrieben ist, in eine große Anzahl zierlich angeordneter chromophober Körperchen, besonders wenn der Säuregehalt der Geschwulstzellen abnimmt. F. Winkler-Wien.

Brüda, B. E., u. H. Pfeiffer-Graz: Über die Bedeutung der Milz und des Speicherzellensystems (Retikuloendothels) für die Abwehr von bösartigen Impfgeschwülsten der Ratte. (Inst. f. allgem. u. exper. Path. d. Univ.) Z. exper. Med., Bd. 68, H. 1/4, S. 116.

Die von der Milz bewirkte Hemmung des Angehens bösartiger Mäusegeschwülste bei der Ratte beruht auf der echten inneren Abscheidung eines Reizstoffes (Mesenchymin) in die Blut- oder Lymphbahn; die Milz zählt wie das Retikuloendothel zu den echten Kreislaufdrüsen. Die nach Milzexstirpation auftretende Einbuße an Abwehrkräften gegen das Haften artfremder Tiergeschwülste an der Ratte kann durch eine Stapelung der an sich unschädlichen Tusche im Speicherzellensystem wieder aufgehoben werden. Die Milz vollbringt die Abwehrleistung mittels der in ihr sich findenden Kapselzellen, die zu den Speicherzellen gehören. Bei Parabioseversuchen zeigt sich, daß eine milzlose Ratte schon nach kurzem Zusammensein mit einem milztragenden Parabionten den durch die Milz bedingten Schutz gegen das Haften und Wachsen bösartiger artfremder Geschwülste verliert. F. Winkler-Wien.

Frauchinger, R.-Zürich: Zur Frage der Spontanheilung von Karzinomen. (Chir. Univ.-Kl.) Z. Krebsforschg., Bd. 29, H. 5, S. 516.

Nach Wiedergabe der über Spontanheilung von Karzinomen vorliegenden Literatur und des Resultats einer Rundfrage in der Schweiz wird gezeigt, daß kein einziger Fall einer wissenschaftlich einwandfreien Feststellung einer Spontanheilung ohne jeglichen Eingriff aufzufinden ist; aber 2 Fälle von einwandfrei festgestellter

Digitized by Google

Heilung nach palliativem oder unvollkommenem Eingriff, auch Zufälle von klinisch nachgewiesener teilweiser Rückbildung ohne vollkommene Heilung sowie freie Intervalle von zwanzig bis vierzig Jahren sind beobachtet worden. Nur Hautkarzinome nehmen eine Sonderstellung ein; sie können, wie 7 Fälle zeigen, spontan heilen. Die theoretische Möglichkeit einer Spontanheilung liegt also vor; praktisch aber darf man damit nicht rechnen. F. Winkler-Wien.

Collier, W. A.-Berlin: Zur experimentellen Therapie der Tumoren. II. Die Wirksamkeit einiger organischer Bleisalze auf Mäusetumoren. (Inst. Robert Koch.) Zschr. f. Hyg., Bd. 110, H. 2, S. 236.

Es wurde eine Anzahl organischer Bleisalze zu chemotherapeutischen Versuchen bei experimentell mit Ehrlichschem Karzinom infizierten Mäusen untersucht. Hierbei zeigte sich bei Plumbum tannicum, oxalicum und citricum mäßige Beeinflussung des Infektionsverlaufes. Recht gut war die Beeinflussung der Tumorbildung mittels Plumbum formicum, durch welches 64,7% der behandelten Tiere deutlich beeinflußt und 35,3% geheilt wurden. T. Benedek-Leipzig.

Kawata, N.-Freiburg i. Br.: Besitzt die Tumorzelle eine besondere Affinität zum Blei? (Path. Inst. u. phys.-chem. Inst. d. Univ.) Beitr. Path. Anat., Bd. 82, H. 2, S. 259.

Versuche mit Impfkarzinom bei Mäusen. Vorher radioaktiv indiziertes Bleichlorid, d. h. Bleichloridlösung mit einer bekannten Menge der Bleiisotopen Thorium B wurde injiziert und nach 12 bis 72 Stunden die Radioaktivität der veraschten Organe sowie des Tumors bestimmt und daraus der Bleigehalt berechnet. Ergebnis: Nach 12 bis 24 Stunden enthält der Tumor fast immer erheblich weniger Blei als die Körperorgane. Nach 48 und 72 Stunden verschiebt sich das Verhältnis zugunsten des Tumors; d. h. der Tumor hält seine kleinen Bleimengen etwas länger zurück oder speichert noch etwas weiter. Aber diese Mengen sind jedenfalls auch so gering, daß von einer Anreicherung im Tumor nicht die Rede sein kann. Wenn auch eine histologische Wirkung des Präparats hätte festgestellt werden können, so hätte diese nicht auf einer besonderen Affinität des Bleies zu den Tumorzellen beruhen können, sondern höchstens auf besonderer Empfindlichkeit der Tumorzellen gegen radioaktives Blei. Die histologische Untersuchung hat aber ergeben, daß wesentliche Unterschiede gegenüber Kontrolltieren nicht nachweisbar waren; gelegentliche, etwas ausgedehntere Nekrosen kommen auch bei letzteren vor. Ähnlich waren die Ergebnisse bei entsprechenden Versuchen mit Wismut. Fr. Wohlwill-Hamburg.

Gross, F.-Leipzig: Erfahrungen mit der Impfstoffbehandlung nach Keysser bei malignen Geschwülsten. (Chir. Univ.-Kl.) Zbl. f. Chir., 1929, Nr. 36, S. 2261.

Behandelt wurde mit von Keysser bereitgestellten Impfstoffen, genau nach dessen Vorschriften, im ganzen 63 Fälle. Diese gehörten in 3 Gruppen: 1. prophylaktische Behandlung von 13 radikal operierten Fällen zur Verhütung der Rezidive; 2. 5 Fälle an der Grenze der Operabilität; 3. 45 inoperable Fälle. Nicht bei allen Fällen konnte die Behandlung zu Ende geführt werden, einigemal wegen Schmerzen und Infiltraten an der Injektionsstelle, häufig wegen stärkerer Lokal- und Allgemeinreaktion und Verschlechterung des Allgemeinzustandes. Bei ulzerierten Tumoren konnte man die Abstoßung der nekrotischen Beläge und Schwellung der Umgebung beobachten. Das Gesamtergebnis war nicht ermutigend. Auch unter den prophylaktisch behandelten 13 radikaloperierten traten im Laufe von 1—1½ Jahren vielfach Rezidive auf. E. Fischer-Prag.

Neumann, A.-Wien: Weitere Beobachtungen bei der Krebsbehandlung des Dr. Salzborn. W. m. W., 1929, Nr. 42, S. 1326.

Die Krebsbehandlung Dr. Salzborns besteht in interner Darreichung mehrerer Löffel einer Geheimmedizin, deren Zusammensetzung leider nicht in Erfahrung zu bringen ist. Dem Geruch nach enthält sie Guajakol. Verf. beobachtete allein und mit anderen Ärzten mehrere Fälle unter genauester Kontrolle; diese wurden nicht in der Heilanstalt des Dr. Salzborn, sondern in anderen Sanatorien behandelt, unter der suggestiven Umgebungsbeeinflussung entzogen. Auffallend ist in vielen Fällen die sofortige subjektive Besserung, die so prompt eintritt, daß bei Fällen, in denen sie innerhalb 14 Tagen nicht erfolgte, eine solche auch nicht zu erwarten ist. Als Reaktionstyp ist zunächst eine subjektive Besserung trotz fortschreitender objektiver Verschlechterung besonders bei fortgeschrittenem Magenkarzinom zu finden. Ein weiterer Typ betrifft die Fälle, die vorher auf Bestrahlungen sich verschlechterten; diese weisen eine subjektive und objektive Besserung auf. Bedeutungsvoll ist, daß

Digitized by Google

diese Patienten nun auf Bestrahlungen günstig reagierten, diese somit im Gegensatz zu früher vertrugen. Das Wichtigste ist der Nachweis, daß das Geheimmittel die perikanzerösen Prozesse zum Rückgang bringt, ohne den malignen Grundprozeß zu beeinflussen. Hierauf scheinen die günstigen Resultate zurückzuführen zu sein. Zwar konnten bei Zungenprozessen Epithelisierungen und Vernarbungen der Geschwulst selbst beobachtet werden, jedoch ist die Beobachtungszeit noch zu kurz. Jedoch muß diese günstige Beeinflussung der perikanzerösen Prozesse als Fortschritt gebucht werden, so daß bei inoperablen malignen Geschwülsten die Behandlung mit dem Geheimmittel wohl versucht werden kann, wie überhaupt der Frage der Entzündungsbekämpfung und damit einer — wenn auch nur vorübergehenden, lebensverlängernden — subjektiven und objektiven Besserung nähergetreten werden muß.

H. Colman-Berlin.

Laser, H., u. L. Halberstaedter: Radiosensibilität normaler und bösartiger Gewebe in vitro. (Kaiser-Wilhelm-Inst. f. Biologie, Berlin-Dahlem. Gastabtlg. Dr. A. Fischer aus Kopenhagen u. d. Bestrahlungsabtlg. d. Univ. Inst. f. Krebsforschg. d. Charité Berlin.) Z. Krebsforschg., Bd. 29, H. 4, S. 411.

Nach eingehender Besprechung gewebszüchterischer Arbeiten, die sich mit Röntgen- und Radiumstrahlenwirkungen auf Explantate befassen, beschreiben Verff. ihre eigenen Versuche nach besonders ausgearbeiteter Methodik. Als Strahlenquellen dienten ein Silberröhrchen, das Mesothorium in einer 5 mg Radiumelement äquivalenten Menge enthielt und Röntgenstrahlen. Die Versuche erstreckten sich auf 7 verschiedene Gewebskulturen und erwiesen durchaus eine Strahlenempfindlichkeit der in der Gewebskultur wachsenden Zellen. Sie besteht in einer Wachstumshemmung, die quantitativ meßbar ist. Bis zu ihrem Sichtbarwerden ist eine Latenz bemerkbar, die in bestimmter Relation zur Wachstumsgeschwindigkeit und Hemmung steht. Die Wirkung der Bestrahlung erscheint abhängig von der Dosis und den individuellen biologischen Eigenschaften der Kultur, die sich in der Wachstumsgeschwindigkeit ausdrücken. Auch bei den untersuchten Tumoren scheint die Wirkung von der Wachstumsgeschwindigkeit abhängig zu sein. Sie zeigten sich nicht absolut strahlenempfindlicher als die normalen Zellen.

F. Jacobsohn-Berlin.

Mund und Nase

Kunstein, H.-Freiburg i. Br.: Blutsturz infolge Stomatitis im Kindesalter. (Univ.-Kinderkl.) Arch. f. Kindhlk., Bd. 88, H. 2/3, S. 191.

Fälle von erheblichen Blutungen aus der Mundschleimhaut infolge von Stomatitis sind in der Literatur nicht bekannt; Verf. beschreibt 2 Fälle von Stomatitis necroticans, die mit sehr heftiger Blutung, in einem Fall war die Blutung arteriell und spritzend, einherging. Das eine Kind war ein 3jähr. Knabe, das andere Kind ein 7jähr. Mädchen. Beide Male riefen die mundvollen Blutungen leichte sekundäre Anämie hervor.

F. Winkler-Wien.

Szanto, P.-Wien: Zur konservativen Behandlung der Angina tonsillaris. Fortschr. Ther., Jahrg. 5, H. 19, S. 628.

Bei Angina und Stomatitis ist der Rhodangehalt des Speichels herabgesetzt. Bei all solchen Erkrankungen empfiehlt es sich, 3—½ Tablette Rhodaleid zu geben. Damit kombiniert werden die Mandeln bei eitrigen und follikulären Erkrankungen durch eine Wassersaugpumpe mit Glasansatz abgesaugt. Bei Tonsillarabszeß wird die Eiterhöhle nach stichförmiger Inzision mit 1% Eucupin bas. ausgespritzt und dann mit dem Apparat abgesaugt. Bei Angina necroticans und Ozäna war allein durch Verabreichung der Tabletten rasche Heilung zu erreichen.

F. Rosenthal-Berlin.

Zikowsky, J. Wien: Über Angina Plaut Vincenti, ein Beitrag zur Frage der Angina mit lymphatischer Reaktion. W. kl. W., 1929. Nr. 42. S. 1344.

Man unterscheidet eine ulzeröse und pseudomembranöse Form; die erstere verläuft ohne Allgemeinerscheinungen, fieberfrei, einseitig, die letztere unter sehr hohen Temperaturen, immer beiderseitig, mit Kräfteverfall, Mattigkeit, Appetitlosigkeit, Polyglandulärer Schwellung unter Mitbeteiligung der Milz. Das Blutbild zeigt bei beiden Formen eine Leukozytose, und zwar bei der ulzerösen 6—9000 mit höchstens 50% Lymphozyten, bei der pseudomembranösen Form 7—16000 mit bis 80% Lymphozyten. Hier findet man oft große, basophile Lymphzellen, abnorme Kerneinschnürungen und Lappungen, Azurgranula, Vakuolen. Die großen Lymphozyten erreichen ihren Höchststand auf der Höhe der Krankheit und bilden sich nur sehr

Digitized by Google

langsam zurück. Daneben findet man oft erhebliche Anämie. Die pluriglanduläre Schwellung, die übrigens nie zur Vereiterung führt, erinnert oft an das präexanthematische Stadium der frischen Lues, verläuft aber stürmischer. Bei der ulzerösen Form lassen sich in bezug auf das Blutbild Analogien zu Lues verschiedener Stadien und Stomatitis ulcerosa finden. In allen Fällen üben die Spirillen einen Reiz auf das lymphatische System aus. Die Kontagiosität der ulzerösen Form ist sehr gering, der Ausgang bei beiden Formen immer ein guter. Ein Zusammenhang mit der lymphatischen Leukämie besteht nicht. H. Colman-Berlin.

Mikulaszek, E.: La réaction de déviation du complement dans le rhinosclérome, en présence de suspensions de Bacilles et de la substance soluble spécifique (Die Komplementablenkungsreaktion beim Rhinosklerom, bei Gegenwart von Bazillensuspensionen und der löslichen spezifischen Substanz). Compt. rend. Soc. Biol. Bd. 102. Nr. 26. S. 83.

Gewisse Kapselbazillen liefern eine lösliche spezifische, Polysaccharide enthaltende Substanz, mit der sich im Serum Rhinoskleromkranker eine positive Komplementbindungsreaktion ergibt, allerdings nur in ungefähr 84%, während sie mit frischer Bazillensuspension in 100% positiv ist. Bei inaktiven Seren werden die positiven Reaktionen mit der löslichen spezifischen Substanz geringer. Unspezifische Reaktionen bei nicht an Rhinosklerom leidenden Kranken wurden nicht beobachtet. Für den praktischen Gebrauch ist die Verwendung frischer Bazillensuspensionen vorzuziehen. E. Levin-Berlin.

Tagesgeschichtliche Nachrichten

Die XXI. Tagung der Deutschen Röntgengesellschaft findet vom 27. bis 29. April in Berlin statt. Themata: 1. Intravenöse Pyelographie (Referent: v. Lichtenberg-Berlin; 2. Gegenwärtige Methoden der Krebsbestrahlung (Miescher-Zürich, Holfelder-Frankfurt a. M., Schinz-Zürich).

Die X. Jahresversammlung der British Association of Dermatology and Syphilology findet vom 30.—31. Juli in London unter dem Vorsitz von Dr. I. M. H. Mac Leod statt.

Gewählt: Prof. Pier Ludovico Bosellini, Direktor der dermatologischen Klinik in Rom, zum korrespondierenden Mitglied der Société Française de Dermatologie et Syphiligraphie.

Dr. Ernst Meinicke, Leiter des serologischen Instituts in Ambrock, und Prof. Hans Sachs, Direktor des Instituts für experimentelle Krebsforschung in Heidelberg, wurden durch den Ludwig-Darmstädter-Preis mit der Paul-Ehrlich-Plakette ausgezeichnet.

Prof. Karl Landsteiner in New York erhielt die goldene Paul-Ehrlich-Medaille.

Exz. Prof. Christian Bäumler, gewesener Direktor der Medizinischen Klinik in Freiburg i. B., Verfasser eines der ausgezeichnetsten Handbücher über Syphilis (1874), feierte das 70jähr. Doktorjubiläum.

Das Laboratorium des Hôpital Saint-Louis in Paris mußte aus administrativen Gründen geschlossen werden, wobei dessen Leiter, Dr. Paul Gastou, mehrfache Ehrungen erwiesen wurden.

Gestorben: Dr. Richard Zsigmondy, Professor der anorganischen Chemie in Göttingen, Erfinder des Ultramikroskops;

Prof. Hermann Förtig, Oberarzt der Hautklinik Würzburg;

Dr. Lawrence K. Mc Cafferty in New York;

Prof. Yamagiwa in Tokio, Entdecker des künstlichen Teerkrebses bei Tieren.

R.

Nachdruck (auch des Abschnittes „Tagesg. Nachr.") ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt

Verantwortlich für die Redaktion: für Originalabhandlungen und T. N.: Prof. Dr. J. H. Ritter Leipzig. Für den Referatenteil: Dr. Fritz Callomon, Dessau

Digitized by Google

Dermatologische Wochenschrift

Nr. 16 (Bd. 90) 19. April 1930

Erblichkeit bei Hautkrankheiten

Von

Priv.-Doz. Dr. Hugo Hecht in Prag

Mit 1 Abbildung im Text

Einleitung

Das steigende Interesse des letzten Jahrzehntes für Fragen der Eugenik nd Erblichkeit hat auch die Dermatologie nicht unberührt gelassen. Be- eis dafür sind zahlreiche Arbeiten, von denen besonders die von Leven, iemens usw. zu erwähnen sind. Infolgedessen erübrigt es sich, hier enauer auf die Grundlagen der Erblichkeitslehre einzugehen. Nur so viel t sicher, daß trotz der bisher aufgewendeten Arbeit vieles noch unge- lärt ist. Deshalb ist es wichtig, das Tatsachenmaterial zu vermehren, m auf Grund möglichst vieler Einzelbeobachtungen bindende Schlüsse u ziehen.

Seit 15 Jahren habe ich mein Augenmerk dieser Frage zugewendet. adurch war es mir möglich, insbesondere durch das große Material, das h im Kriege in Fachabteilungen zu beobachten Gelegenheit hatte, ver- ältnismäßig viel Beobachtungen zu sammeln, die einen Beitrag zur oben rwähnten Frage der Erblichkeit bei Hautkrankheiten bieten. Es empfiehlt ch, bei jedem Falle nach ähnlichen Erkrankungen in der Familie zu agen. Man muß dem Patienten in verständlicher Weise klar machen, m was es sich handelt, und ihn dann ersuchen, in seinen Verwandten- reisen Erkundigungen einzuziehen, ob nicht seiner Hautkrankheit Ähn- ches dort vorhanden war oder ist. Sollten diese Nachfragen von Erfolg egleitet sein, so empfiehlt es sich, womöglich die betreffenden Familien- itglieder zu sich zu bestellen und sie aufzufordern, gleichzeitig einen omöglichst genauen Familienstammbaum mitzubringen. Es ist gut, wenn on mehreren Mitgliedern derselben Familie gleichzeitig die Angaben vor- egen, weil es auf diese Weise möglich ist, die Genauigkeit zu kontrollieren. Vo es nicht möglich ist, die betreffenden Familienmitglieder selbst zu ehen, ist es ratsam, sich entweder gute Photographien schicken zu lassen der aber einen Facharzt, den die Betreffenden leicht aussuchen könnten, it der Diagnosestellung und den weiteren Erhebungen zu betrauen. Nur o kann man halbwegs verläßliche Angaben bekommen.

I. Psoriasis

Bei Psoriasis wurde seit jeher Erblichkeit vermutet und vielfach auch eobachtet, nur herrschte über die Art und Weise dieser Tatsache keine larheit. Erst die Anwendung der Mendelschen Beobachtungen auf

Digitized by Google

Menschen zeigte auch hier eine gewisse Gesetzmäßigkeit. Zwar ist die Ursache der Psoriasis sowie der meisten Keratodermien unbekannt, doch kann man schon heute sagen, daß sie auf einer besonderen Disposition der Haut beruht. Diese Disposition ist erblich und vererbbar, kann aber lebenslang latent bleiben. Zu dieser Disposition muß sich, um eine Psoriasiseruption auszulösen, noch ein zweiter nicht minder wichtiger Faktor gesellen. Dieser wirkt als auslösende Ursache. Solcher auslösender Faktoren gibt es sicherlich sehr viele, von denen ein großer Teil unbekannt ist. Zu den bekannten auslösenden Faktoren wären zu rechnen solche traumatischer (Vakzination, Ohrenstechen, Narben nach Operationen und Schußwunden und dgl.), bazillärer (z. B. Syphilis Tuberkulose) oder nervöser Natur. Weit öfter ist uns aber die auslösende Ursache unbekannt, doch weist die Tatsache, daß der erste Ausbruch meist in die Pubertät fällt, deutlich auf die Rolle der Keimdrüsenhormone hin. Eine meiner Patientinnen gab an, daß sie seit ihrer Pubertät immer irgendwelche Herde von Psoriasis gehabt hätte, nur während einer jeder ihrer zahlreichen Schwangerschaften sei sie frei davon gewesen. Ja, das spontane Schwinden der Psoriasis war stets das erste Zeichen eingetretener Schwangerschaft!

Nicht Psoriasis ist also erbbar, sondern die Disposition. Die Vererbung kann in seltenen Fällen dominant sein, meist ist sie aber rezessiv. Die hier zum ersten Male veröffentlichten 32 Stammbäume, die sich aus der Nachfrage bei ungefähr 450 Psoriasiskranken ergeben, bestätigen das soeben Gesagte. Diese 32 Stammbäume sind aber Minimalzahlen. Die meisten Menschen wissen von ihrer weiteren Familie sehr wenig, sehr wenig von ihren Vorfahren, noch weniger von deren Krankheiten. Man kann also ruhig sagen, daß sich noch viel öfter Erblichkeit nachweisen ließe. Ich gehe aber noch weiter und behaupte, daß sie in fast allen Fällen vorhanden ist, nur sind die Symptome entweder latent geblieben oder waren selten und dann geringfügig, so daß sie übersehen wurden, oder sie wurden falsch gedeutet. Fraglos ist die psoriatische Disposition sehr häufig, kommt aber nur selten zum Durchbruch, ohne daß wir sagen könnten, aus welchem Grunde.

Von den 32 Stammbäumen umfassen:

11	. . .	2	Generationen
15	. . .	3	„
6	. . .	4	„

Bei der Sichtung dieser Stammbäume fallen 2 große Gruppen auf:

1. 18 Stammbäume, in denen beide Geschlechter in annähernd gleicher Zahl vertreten sind (24 Männer, 24 Frauen);

2. in 13 Familien sind nur Männer erkrankt.

Diese Erscheinung, die bis jetzt von den Autoren nicht genügend gewürdigt wurde, scheint kein Zufall zu sein, aber auch nicht auf mangelhaften Erhebungen zu beruhen, da alle Stammbäume nach denselben Prinzipien aufgestellt wurden. Man steht hier vor einem Rätsel. Es gibt Krankheiten, die, wie die Bluterkrankheit z. B., fast ausschließlich an ein Geschlecht gebunden sind. Bei der Psoriasis aber ist diese Tatsache bis jetzt nicht bekannt gewesen, aber in theoretischer Beziehung äußerst

Digitized by Google

interessant. In den von mir beobachteten Familien, von denen mir 2 durch Ärzte, die selbst erkrankt sind, bekannt gegeben wurden, kam die Psoriasis nur bei Männern zum Ausbruch, obwohl die Veranlagung sicher-

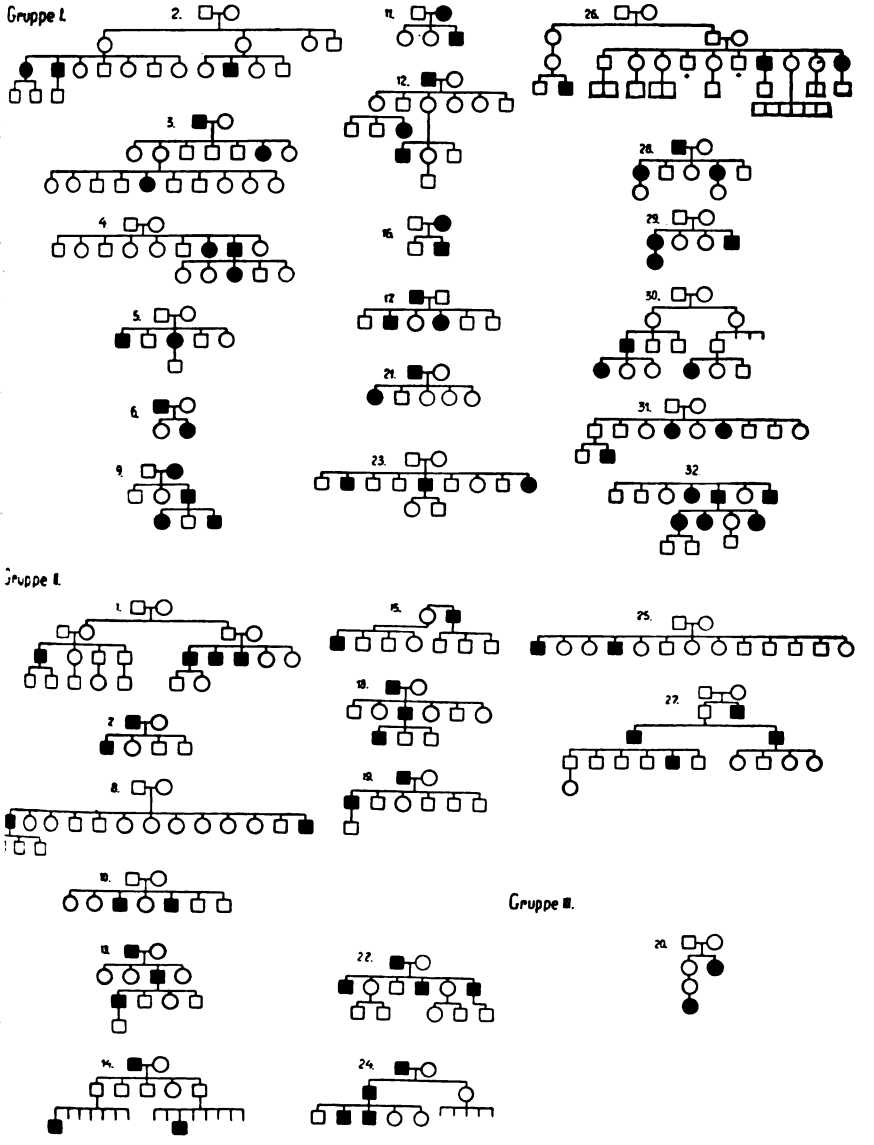


Abb. 1

ich auch durch Frauen übertragen wurde. Natürlich liegt eine gewisse Fehlerquelle darin, daß man über die Dispositionen in den angeheirateten Familien nichts weiß. Es kann nie ausgeschlossen werden, daß in diese

Digitized by Google

Familie Menschen einheirateten, die auch aus Psoriasisfamilien oder aus Keratodermiefamilien stammten, so daß dadurch die Psoriasisdisposition verstärkt wurde. Wenn aber mehr als die Hälfte meiner Stammbäume gemischt bei beiden Geschlechtern Psoriasis zeigte und bei einem großen Teil der Stammbäume nur bei Männern, dann scheint es, als ob hier 2 Dispositionen ineinander spielen. Die Psoriasisdisposition muß allen gemeinsam sein, nur scheint bei den Frauen der einen Gruppe oft irgend etwas vorhanden zu sein, was den klinischen Ausbruch der Psoriasis verhindert. Dagegen geht bei diesen Frauen die Vererbung der Psoriasisdisposition ihren normalen Lauf.

Zu den vielen Rätseln, die uns die Psoriasis aufgibt, gesellt sich hier ein neues. Derzeit eine Erklärung für diese Tatsachen zu geben, ist unmöglich. Als nüchterner Beobachter bringe ich diese Beobachtungen zur Kenntnis und erhoffe von einer Vermehrung des Materials durch andere Beobachter vielleicht eine Erklärung dieser Tatsache.

Nun ist es wichtig, noch einen Stammbaum besonders zu besprechen, der eine Ausnahme bildet.

Stammbaum Nr. 20 enthält nur Frauen, und zwar 4 Generationen. Die jüngste, die meine Patientin war, gab an, nach einem längeren Besuch bei ihrer Großtante, die an Psoriasis litt und von ihr gepflegt wurde, Psoriasis bekommen zu haben. Ich stelle von vornherein fest, daß ich an die Übertragbarkeit der Psoriasis nicht glaube. Es besteht gar kein Beweis für diese Annahme, und wenn Psoriasis anscheinend übertragen wird, dann muß die Psoriasisdisposition vorhanden sein. Es scheint mir ganz unwahrscheinlich, daß bei einem Menschen, der keine Psoriasisdisposition hat, durch irgend einen der uns bekannten oder unbekannten Erreger Psoriasis hervorgerufen werden könnte. Wenn also meine Patientin im Anschluß an den länger dauernden Besuch bei ihrer kranken Großtante Psoriasis bekam, dann nur deshalb, weil sie die Disposition hatte und gerade in der Pubertät war, also zu einem Zeitpunkt, zu dem, wie schon oben erwähnt, die Psoriasis mit Vorliebe zum ersten Male sich zeigt. Da es sich um einen Stammbaum handelt, in dem es überhaupt keine männlichen Mitglieder gibt, so glaube ich, daß das Auftreten nur beim weiblichen Geschlechte einfach auf diese Tatsache zurückzuführen ist. Solange keine Beobachtung vorliegt, wo bei einer zahlreicheren Familie, in der beide Geschlechter vertreten sind, Psoriasis nur bei Frauen vorkommt, so lange möchte ich diese dritte Gruppe, die theoretisch möglich ist, nicht als Tatsache ansehen.

Vererbt wurde die Psoriasisdisposition in der ersten Gruppe:
10mal von kranken Männern,
3mal von kranken Frauen,
3mal von latenten Männern,
7mal von latenten Frauen,
18mal fraglich, d. h. nicht bekannt, ob von Vater oder Mutter,
11mal waren Geschwister,
3mal Geschwisterkinder erkrankt.
In der zweiten Gruppe wurde die Disposition:
12mal von kranken Männern,
4mal von latenten Männern,

Digitized by Google

2mal von latenten Frauen vererbt und
13mal ist die Vererbung fraglich,
7mal waren Geschwister,
2mal Geschwisterkinder erkrankt.
In 2 Familien wurden 2 Generationen übersprungen.

Solange wir über die Disposition und den Mechanismus der Auslösung der Psoriasiserkrankung nichts wissen, kann die Behandlung nur symptomatisch sein. Der Versuch, die Disposition zu ändern, wäre aussichtsreich, nur müßte man, wie schon gesagt, Näheres über die biologische Ursache der Disposition wissen. Die Beobachtungen zeigen aber, daß durch Inzucht oder Einheirat in Familien mit keratotischer Disposition die Intensität der Psoriasis gesteigert werden kann. Infolgedessen müßten bei der Psoriasis sowie bei allen anderen erblichen Krankheiten eugenische Bestrebungen von Erfolg begleitet sein. Man muß versuchen, die psoriatische Disposition durch ständige Vermischung mit normalen Menschen in mehreren Generationen allmählich zu schwächen. Man kann sich vorstellen, daß die psoriatische Disposition zu schwach wäre, um klinische Erscheinungen zu machen, oder sogar erlöschen könnte. Allerdings wäre zu diesem Zwecke Familienforschung und Registrierung aller Krankheiten in Familien notwendig.

Überhaupt gibt es noch vieles, was bezüglich der Psoriasis unklar ist und sich bei organisierter Arbeit vielleicht klären ließe. So z. B. bleibt noch die Frage zu beantworten, ob es Völker gibt, bei denen Psoriasis nicht vorkommt. Dann ist noch nicht klar, ob es nicht gewisse Bevölkerungsschichten gibt, bei denen Psoriasis weniger häufig oder gar nicht besteht. Auch wäre es wichtig, den Einfluß bestimmter Ernährungsweisen auf den Verlauf der Psoriasis zu beobachten. Auch ist noch der Einfluß der verschiedenen Hormone auf Psoriasiskranke oder Abkömmlinge aus Psoriasisfamilien noch nicht genügend erforscht. Man sieht, daß die Erbforschung zwar neue Tatsachen bringen kann, daß sie aber zu den zahlreichen noch ungelösten Problemen eine Menge anderer aufrollt, die alle ihrer Beantwortung harren.

Aus der Pjatigorsker Syphilidologischen Klinik (Direktor: Prof. Dr. N. Efron) des Balneologischen Institutes (Direktor: Prof. Dr. A. Ogilvi)

Zum Mechanismus der Balneotherapie bei der Syphilis

Von

Prof. Dr. N. Efron und Dr. S. Oblow

II. Teil

1. Der Einfluß der thermalen Balneoprozeduren auf den Verlauf der experimentellen Syphilis bei Kaninchen

In unserer ersten Mitteilung[1]) haben wir nachgewiesen, daß die thermalen Balneoprozeduren, wenn sie der für die Menschen allgemein

[1]) Prof. N. S. Efron und Dr. S. S. Oblow, Über den Mechanismus der Balneotherapie bei der Syphilis. Derm. W., 1929, Bd. 88, Nr. 21.

Digitized by Google

angenommenen Dosierung entsprechend angewandt werden, auf den Verlauf der experimentellen Syphilis der Kaninchen gar keinen oder fast gar keinen Einfluß ausüben. Von 10 mit Syphilis infizierten Kaninchen, welche damals im Laufe eines Monats täglich Süßwasser- oder Schwefelbäder erhalten hatten, war bei 7 Kaninchen weder auf den klinischen Verlauf des Syphilisprozesses (Ulc. durum, Adenitis specif.) noch auf die Lebensfähigkeit der Spirochäten irgend ein Einfluß festgestellt worden. Nur in 3 Fällen war ein abortiver Verlauf der Schanker zu bemerken, doch hier äußerten sich bei den Tieren 2—3 Wochen nach der sichtlichen Heilung Rezidive der Infektion.

Den weiteren Gegenstand unserer Forschungen, welche wir in der verflossenen Saison des Jahres 1928 ausführten, bildet die Klärung der Frage, ob die thermalen Balneoprozeduren überhaupt die Fähigkeit besitzen, einen selbständigen heilenden Einfluß auf die experimentelle Syphilis der Kaninchen auszuüben, wenn man diese Prozeduren unabhängig von den Normen ausführt, welche in der gewöhnlichen balneotherapeutischen Praktik festgesetzt sind.

In der vorhandenen reichen Literatur über die experimentelle Syphilis wird die erwähnte Frage nur von den amerikanischen Forschern Schamberg und Rule[1]) und in allerletzter Zeit von Bessemans, Potter und Hacquaert[2]) berührt. Im Gegensatz zu unseren Versuchen hatten jene Forscher an den infizierten Tieren nur die Wirkung der Bäder, welche aus gewöhnlichem süßem Wasser bereitet waren, studiert. Dabei gaben Schamberg und Rule den Kaninchen täglich nur Bäder von 45° C bei einer Dauer von 15—30 Minuten, während Bessemans, Potter und Hacquaert sie während 1—2—6½ Stunden Bädern von einer Temperatur von 40,6—44,6° C unterzogen. Die beiden erstgenannten Verfasser kamen zu dem Schluß, daß der therapeutische Effekt, welcher als Resultat der erwähnten heißen Bäder beobachtet wurde, die Resultate der Behandlung der Kaninchen mit Quecksilber oder Bismut merklich überstieg und nur hinter der Salvarsanbehandlung zurückstand. Durch die Anwendung solcher Bäder werden z. B. die Syphiliserscheinungen in weniger als 8 Tagen von den Spirochäten befreit und weiterhin geht eine vollständige Resorption der harten Schanker vor sich. Außerdem führen diese Bäder nicht nur die Heilung von schon vorhandenen syphilitischen Prozessen herbei, sondern können auch eine präventive Wirkung ausüben. Der Beobachtungen der Verfasser zufolge, genügen 9 solcher täglichen Bäder vollständig, um bei dem frisch infizierten Kaninchen die Äußerung nicht nur der primären, sondern auch der späteren Anzeichen der Syphilisinfektion zu verhüten. Auf Grund der negativen Resultate, welche bei der Überimpfung der Poplitealdrüsen der Versuchstiere erhalten wurden, kommen Verfasser zu dem Schlusse, daß bei den Fällen von früher Syphilis (primäres Stadium) heiße Bäder eine vollständige Sterilisation des infizierten Organismus bewirken. Was die unlängst erschienene Arbeit Bessemans, Potters und Hacquaerts anbetrifft, so konstatieren diese Forscher einen therapeutischen Effekt nicht nur in den Fällen der Anwendung von all-

[1]) Schamberg und Rule, Arch. of Derm. and Syph., 1926, Nr. 9 und 1928, Nr. 5. — [2]) Bessemans, Potter und Hacquaert, Comp. rend. des Séanc. de la Soc. de Biol. 1928, Bd. 99, Nr. 33, S. 1610 und 1613.

Digitized by Google

gemeinen warmen oder heißen Bädern, sondern sogar im Resultat der Anwendung rein lokaler Bäder von derselben oder etwas höheren Temperatur, welche sich auf das Gebiet des primären Syphiloma beschränkten. Es ist wahr, daß der in dem letzten Falle beobachtete Effekt sich merklich verzögerte. Eine Überimpfung der poplitealen Drüsen wurde von Verfassern nicht vorgenommen.

Um das Problem, welches wir uns gestellt hatten, zu lösen, wählten wir einen etwas anderen Weg als die oben erwähnten Verfasser. Wir meinten, daß die Anwendung sehr hoher Temperaturen, wie es Schamberg und Rule machten, oder zu lange dauernde Bäder, wie sie Bessemans, Potter und Hacquaert verordneten, wohl kaum zu einem regelrechten Verständnis der heilenden Wirkung und des Mechanismus der Balneotherapie der Syphilis des Menschen führen könnten, da ein so energischer therapeutischer Eingriff angesichts der Möglichkeit gefährlicher Folgen für den Kranken, in der praktischen Behandlung niemals stattfand oder stattfinden könnte. Daher beschlossen wir, bei der neuen Versuchsserie der infizierten Kaninchen dieselbe Temperatur der Bäder beizubehalten, die wir bei den Versuchen der vorigen Saison benutzt hatten; wir verlängerten dafür jedoch die Dauer der Bäder ein wenig und setzten statt 15—20 Minuten bis 25—30 Minuten an. Die Untersuchung wurde an 18 Kaninchen gemacht, welchen in die Haut des Skrotums die 38. Passage des syphilitischen Virus (Stamm Nr. 1 des Staatlichen Venerologischen Bronner-Instituts) eingeimpft wurde. Nach 36 Tagen (bei 4 Kaninchen nach 55—65 Tagen) vom Moment der Infektion gerechnet, als sich bei allen Tieren auf der Inokulationsstelle Primäraffekte entwickelt hatten, fing man an, den Kaninchen zuerst täglich allgemeine Bäder zu machen, anfangs von 31—31,5° R und dann, nachdem man im Laufe einiger Tage die Temperatur beständig steigen ließ, von 33,5° R. Dauer eines Bades 25—30 Minuten. Wenn man in Betracht zieht, daß die Körpertemperatur eines Kaninchens durchschnittlich zwischen 38,5—39,5° C schwankt, so entspricht die von uns angesetzte Temperatur der Bäder von 33,5° R vollständig den höchsten Dosen der Temperatur (31—32° R), welche gewöhnlich bei der Behandlung der Syphilis im Kurort Pjatigorsk angewandt werden. Die Technik der Ausführung der Bäder unterschied sich im übrigen durch nichts von denjenigen, welche in unseren ersten Mitteilungen beschrieben worden war. Alle Balneoprozeduren wurden in speziell eingerichteten Badewannen im Gebäude der Pjatigorsker Schlammheilanstalt ausgeführt.

Von den erwähnten Tieren erhielten 9 Kaninchen Schwefel- und 9 Süßwasserbäder. Als Kontrolle dienten 10 andere Kaninchen, welche mit den vorigen zugleich mit demselben Virus infiziert worden waren, aber keinen balneotherapeutischen Versuchen unterzogen wurden. Außer dem Studium der heilenden Wirkung der Balneoprozeduren interessierte uns auch die Frage über die Möglichkeit, Schwefelwasserstoff im Blute und in dem Liquor der Kaninchen zu konstatieren, da die Versuche Maliwas und Kriukows beweisen, daß der Schwefelwasserstoff die Fähigkeit besitzt, sich durch die unverletzte Haut einzusaugen. Zu diesem Zwecke wurde von 7 Kaninchen zugleich und nach Verlauf von $^1/_2$—1 Stunde nach dem allgemeinen Schwefelbade aus der Ohrenvene 1—2 ccm Blut

Digitized by Google

und außerdem durch subokzipitale Punktion nach PLAUT 0,6—1,0 ccm Liquor entnommen. Das Resultat der Untersuchung auf Schwefelwasserstoff, sowohl im Blute als im Liquor, war in allen Fällen negativ (als Reagenzien diente eine Lösung von Bleiessig, eine Lösung von essigsaurem Kadmium und eine Lösung von Argenti nitrici). Die darauffolgenden Versuche mit intravenöser Injektion von Schwefelwasser der Alexander-Ermolow-Quelle, in einer Menge von 20—40 ccm auf ein Kilo Gewicht, sowie die subkutanen Injektionen des Mazestaer Schwefelwassers aus den Bohrquellen Nr. 3 und 4 in einer Menge von 30—50 ccm auf ein Kilo Gewicht ergaben dieselben Resultate. Dabei wurden in beiden Fällen Blut und Liquor in verschiedenen Zeitabschnitten entnommen, und zwar von 3—5 Minuten bis zu ½—1 Stunde nach der Injektion.

Wenn wir die Tab. 1 und teilweise die Tab. 3 betrachten, so müssen wir zugeben, daß die von uns angewandten Schwefel- und Süßwasserbäder zweifellos auf den Verlauf der experimentellen Syphilis der Kaninchen einen Einfluß ausgeübt hatten. So konnten bei der ultra-mikroskopischen Untersuchung am 12. Tage nach Beginn der Behandlung nur bei der Hälfte der Fälle, d. h. bei 9 Kaninchen (Nr. 325, 305 und 324 von Tab. 1 und Nr. 301, 327, 326, 350, 317 und 331 von Tab. 3) Spirochäten im Serum der harten Schanker festgestelt werden. Bei den übrigen 9 Kaninchen wurden trotz sorgsamster Forschung keine Spirochäten gefunden. Von der Zahl der ersten 9 Kaninchen erhielten 6 ergänzende Injektionen Bi. Alle übrigen Tiere setzten nur die balneologischen Prozeduren fort, deren Gesamtzahl bei 10 Kaninchen bis auf 30 und bei 2 bis auf 17 gebracht wurde. Am 18. Tage wurden bei keinem Tiere mehr Spirochäten gefunden. Am 22. Tage dasselbe Resultat. Die harten Schanker kamen je nach der Größe und Charakter des Prozesses durchschnittlich im Laufe von 22—32—26 Tagen von Beginn der balneologischen Behandlung zur vollständigen Resorption. Bei nachfolgender 9 monatiger Beobachtung von 5 Kaninchen dieser Serie, welche ins Staatliche Venerologische Bronner-Institut gebracht worden waren, wurden keine Rezidive festgestellt.

Auf Grund der erhaltenen Resultate müssen wir also anerkennen, daß die thermalen Schwefel- und Süßwasser-Balneoprozeduren bei etwas längerem Gebrauch als beim Menschen die Fähigkeit haben, zu einer sichtlichen klinischen Heilung der Tiere zu führen, obgleich letztere häufig Erscheinungen von besonders scharf ausgeprägter primärer Syphilis aufweisen. Wenn wir jedoch die erhaltenen Resultate mit den Ergebnissen der Bismutbehandlung der Kaninchen vergleichen, welche auf Tab. 2 angeführt sind, so können wir uns davon überzeugen, daß das Bismut im Gegensatz zur Meinung SCHAMBERGS und RULES sogar in so kleinen Dosen, wie 4,4—5 mg auf ein Kilo Gewicht, sowohl auf die Spirochäten als auch in einigen Fällen auf die klinischen Erscheinungen, eine viel energischere Wirkung ausübt als die Bäder. Die Tatsache, daß die Balneoprozeduren unter einigen Umständen einen symptomatischen Faktor bei der Behandlung der Syphilis, jedenfalls in bezug auf ihre Äußerung auf der Haut bilden, verdient dennoch die größte Beachtung und ist in der Kette des Studiums des Mechanismus der Balneotherapie entschieden von wesentlicher Bedeutung.

Digitized by Google

Tabelle 1. Die Wirkung der thermalen Balneoprozeduren auf den Verlauf der experimentellen Syphilis der Kaninchen

Laufende Nummer	Nr. der Kaninchen	Dauer der Infektion	Größe der harten Schanker in Zentimeter	Zahl der Spirochäten	Balneotherapie: Benennung der Balneoprozedur	Balneotherapie: Temperatur, Dauer und Gesamtzahl der Bäder	Zahl der Spirochäten vom Beginn der Balneotherapie: Am 12. Tage	Am 18. Tage	Am 22. Tage	Resorption der Schanker am Tage
1	304	36 Tage	Rechts 1,5 × 1,5 Links 1,0 × 1,0	+++	Schwefelbäder		—	—	—	22.
2	308	36 „	Rechts 1,0 × 1,0 Links 1,0 × 1,0	+++	„	7 B., 31,5—32,5°R, 25—30 Min.	—	—	—	23.
3	315	36 „	Rechts 1,5 × 1,0 Links 1,5 × 1,0	+++	„	23 B., 33,5° R, 25—30 Min.	—	—	—	24.
4	318	36 „	Rechts 1,5 × 1,0 Links 1,5 × 1,5	+++	„		—	—	—	36.
5	325	36 „	Rechts 1,3 × 1,5 Links 1,5 × 1,5	+++	„		+++	—	—	33.
6	305	36 „	Rechts 1,5 × 1,5 Links 1,0 × 1,0	+++	Süßwasserbäder		+++	—	—	23.
7	313	36 „	Rechts 2,0 × 2,0 Links 2,0 × 2.0	+++	„	5 B., 31,5—32.5°R, 25 – 30 Min.	—	—	—	33.
8	321	36 „	Rechts 0,6 × 0.8	+++	„	25 B., 33,5° R, 25—30 Min.	—	—	—	32.
9	323	36 „	Links 2,0 × 1,0	+++	„		—	—	—	33.
10	324	36 „	Rechts 2,0 × 2,0 Links 1,5 × 2,0	++++	„		+++	-	—	40.
11	309	65 „	Sklerose v. d. Größe einer Linse	++	„		—	—	—	6.
12	351	65 „	Rechts 1,0 × 1,0 Links Sklerose v. d. Größe einer Bohne	+++	„	17 B., 33,5° R, 25 Min.	—	—	—	21.

Digitized by Google

2. Die heilende Wirkung der kombinierten Anwendung der Bismutpräparate und der Balneotherapie bei der experimentellen Syphilis der Kaninchen

Eine weitere Stufe unserer Forschungen bildete die Klärung der Frage über die Bedeutung der Balneotherapie im Falle ihrer kombinierten Anwendung mit der medikamentösen Behandlung der Syphilis und über das Vorhandensein der Fähigkeit der Balneoprozeduren den heilenden Effekt der spezifischen Therapie zu erhöhen. Wir müssen dabei bemerken, daß diese Frage bis jetzt noch nie an experimentell infizierten Tieren studiert worden war, obgleich sie schon lange in der speziellen balneologischen und syphilidologischen Literatur diskutiert wird und von einigen Verfassern (Kobylin, Wyschemirsky, Efron u. a.) in positivem Sinne entschieden wird.

In der vergangenen Saison beschränkten wir uns fürs erste auf das Stadium der kombinierten balneologischen- und Bismutbehandlung. Für die Bismuttherapie der Kaninchen wählten wir die an der experimentellen Syphilis genau studierten russischen Präparate Bismutogwi und Bijochinol. Ersteres ist eine 10%ige Ölemulsion des Bismut. bitartaricum mit 44% Bi-met. Letzteres bildet ein Chininsalz der Bismutoiden Säure, enthält 20% Bi-met und wird ebenfalls als 10%ige Ölemulsion gebraucht.

Den Forschungen Orlows[1]) zufolge wird als Heildosis bei der experimentellen Syphilis der Kaninchen reines Salz 0,02 Bismutogwi (0,0088 Bi-met) auf ein Kilo Gewicht festgesetzt, während der Index 1 : 9—1 : 10 gleich ist. Das Bijochinol ist wie von demselben Verfasser experimentell festgestellt wurde, wahrscheinlich Dank seiner langsamen Resorption, therapeutisch weniger aktiv als das Bismutogwi und seine Heildosis ist als 0,07—0,08 reinen Salzes (0,014—0,016 Bi-met) auf ein Kilo Gewicht festgesetzt, während der Index 1 : 7,5 gleich ist.

Um die Möglichkeit zu haben, den Unterschied in bezug auf die Wirkung auf die Spirochäten bei der gewöhnlichen Bismutbehandlung und der kombinierten Behandlung mit der Balneotherapie zu erfassen (was wie Hata zeigt, von größter Bedeutung bei der Bestimmung der chemotherapeutischen Eigenschaften eines oder des anderen Stoffes ist), entschieden wir uns für die Anwendung von sehr kleinen Dosen Bismut ($^1/_2$—$^1/_3$ der Heildosis), da der nach den großen Dosen sehr schnell eintretende Effekt die Wirkung der Balneotherapie verdecken würde.

Die von uns gemachten Versuche sind auf Tab. 2 und 3 angeführt. Das Studium der heilenden Wirkung des Bismutogwi und des Bijochinol bei der gewöhnlichen Behandlung der experimentellen Syphilis ohne Balneoprozeduren wurde an 13 Kaninchen ausgeführt, welche mit demselben Stamme des syphilitischen Virus infiziert waren, wie die Kaninchen, die zu den vorhergehenden Versuchen benutzt waren und sich im Momente dieser Injektion im primären Sadium der Syphilis befanden. Bei 8 derselben wurde 43—57—83 Tage nach der Infektion eine intermuskuläre Injektion von Bismutogwi in einer Dose von 0,01 reinen Salzes (0,0044 Bi-met) auf ein Kilo Gewicht gemacht, und 5 Kaninchen 34—43—83 Tage nach

[1]) S. S. Orlow, Zur Chemotherapie der experimentellen Syphilis der Kaninchen. Venerologija und Dermatologija, 1925, Nr. 6.

Digitized by Google

der Infektion, eine Injektion Bijochinol in einer Dose von 0,025 reinen Salzes (0,005 Bi-met, also fast in derselben Menge, wie für Bismutogwi) auf ein Kilo Gewicht. Die gleiche Menge von Bismutogwi und Bijochinol wurde 8 Kaninchen nach 40—49—78 Tagen vom Moment der Infektion injiziert, wobei sie aber vor und nach der Injektion auch Balneoprozeduren unterzogen wurden. 6 dieser Kaninchen erhielten Schwefel- und 2 Süßwasserbäder. Versuche mit Bismutogwi wurden an 6, und mit Bijochinol an 2 Kaninchen gemacht. Die Zahl der Bäder vor der Injektion betrug in einem Falle 1 Bad, in einem Falle 4 und in den übrigen Fällen 11—12 Bäder. Die Zahl der Bäder nach der Injektion betrug in 2 Fällen 8, in 2 Fällen 12 und in den übrigen 4 Fällen 18 Bäder. Die Injektion wurde in allen Fällen $^1/_2$—1 Stunde vor dem Bade ausgeführt.

Wenn wir die Resultate der in Tab. 2 und 3 angeführten Versuche vergleichen, kommen wir zu dem Schlusse, daß der therapeutische Effekt in den Fällen der kombinierten balneologischen- und Bismutbehandlung im Vergleich zu der gewöhnlichen Bismuttherapie bedeutend gestiegen ist. Während nach der Injektion der erwähnten Dosis von Bismutogwi, die aktive Beweglichkeit der Spirochäten gewöhnlich schon am 4. Tage, seltener am 3. oder 5. Tage aufhört und das vollständige Verschwinden der Spirochäten am häufigsten am 5.—6. und seltener am 4. oder 7.—8. Tage vor sich geht, so werden diese Termine in den Fällen der kombinierten Therapie bedeutend verkürzt. Wie wir aus Tab. 3 sehen, verschwanden von 6 Kaninchen dieser Kategorie die Spirochäten bei 1 Kaninchen am 2. Tage, bei 4 Kaninchen am 3. und nur bei 1 am 6. Tage. Eine analogische Beschleunigung des Verschwindens der Spirochäten nach 1—3 Tagen wurde auch bei den Fällen der Behandlung mit Bijochinol beobachtet. Was die Resorption der harten Schanker anbetrifft, so ging dieselbe bei der kombinierten Behandlung auch schneller vor sich als bei den Kontrollfällen. Aus Tab. 2 sehen wir, daß bei der gewöhnlichen Bismutbehandlung diese Resorption gewöhnlich zwischen dem 23.—26. Tage ihren Abschluß findet, während sie bei der kombinierten Behandlung (Tab. 3) in den meisten Fällen nur 18—21 Tage dauert.

Im Zusammenhang mit den erhaltenen Angaben entsteht natürlich auch eine Reihe von Fragen. Am wesentlichsten ist wohl die Frage, ob die Verstärkung des Heileffekts bei den Fällen der kombinierten Therapie vom Steigen der chemotherapeutischen Eigenschaften des Bismuts durch seine schnellere Zirkulation im Organismus abhängt, oder aber bildet dieses Resultat die Summe, an deren Entstehen nicht nur die gewöhnlichen oder verstärkten Eigenschaften des Bismuts als solches selbst teilnehmen, sondern auch die Balneoprozeduren als selbständiger medizinischer Faktor, oder endlich ob im Mechanismus dieser Erscheinung beide Momente gleichzeitig eine Rolle spielen. Das alles kann augenblicklich natürlich noch keine genügende wissenschaftlich begründete Erklärung finden und bedarf noch weiterer Forschungen.

Zugleich müssen wir hier erwähnen, daß wir zwecks Klärung des Mechanismus der in Pjatigorsk häufig beobachteten Fälle eines glänzenden Effektes der kombinierten balneo-medikamentösen Therapie der Neurolues den Versuch machten, vom Standpunkte der Lehre von der hämato-enzephalitischen Barriere, an diese Frage heranzutreten. Man kann doch aprior

Digitized by Google

Tabelle 2. Die therapeutische Wirkung der Bismutpräpa-

Laufende Nummer	Nr. der Kaninchen	Gewicht in kg	Dauer der Infektion	Größe der harten Schanker in Zentimeter	Zahl der Spirochäten
1	320	1,9	43 Tage	Rechts 1,0 × 1,2 Links 1,0 × 1,0	+++
2	334	1.1	43 „	Rechts 2.0 × 1,0	+++
3	346	0,95	43 „	Rechts 1.0 × 1,0	+++
4	382	1,5	45 „	Rechts 0,5 × 0,5	++
5	4516	1,4	83 „	Rechts 0.8 × 0.8 Links 1,5 × 1,0	+++
6	363	1,5	44 „	Rechts 2.0 × 1,0 Links 1.8 × 1,0	++++
7	4526	1,2	57 „	Rechts 2.5 × 2,0 Links 1.0 × 1,0	+++
8	4527	1,2	57 „	Rechts 2,5 × 2,5 Links 2,5 × 1,5	+++
9	307	1,65	43 „	Rechts 1,5 × 1,25 Links 1,0 × 0.9	++++
10	348	1,5	43 „	Rechts 1,0 × 0,7 Links 1,5 × 1,0	+++
11	4601	1,2	34 „	Links 2,5 × 2,0	+++
12	4517	1,3	83 „	Rechts 2,5 × 1,5	++++
13	4519	1,5	83 „	Rechts 1,5 × 1.0	++++

Tabelle 3. Die therapeutische Wirkung der Bismutpräparate in Syphilis der

Lauf. Nr.	Nr. der Kaninchen	Gewicht in kg	Dauer der Infektion im Injektionsmoment	Größe der harten Schanker in Zentimeter	Zahl der Spirochäten	Balneotherapie	
						Benennung der Balneoprozeduren	Temperatur, Dauer und Gesamtzahl der Bäder
1	301	1,8	49	Rechts und links 1,0 × 1,0	+++	Schwefelbäder	7 B., 31,5—32.5°R. 25—30 Min.
2	327	2,3	49	Rechts 2.0 × 1,5 Links 1,6 × 1,8	++++	„	25 B., 33.5°R. 25—30 Min.
3	326	2,1	70	Rechts 0,3 × 0,3	++	„	4 B., 31,5—32.5°R. 25—30 Min.
4	350	1,2	70	Rechts 2.0 × 2,0 Links 2,5 × 2,0	++++	„	19 B., 33.5°R. 25—30 Min.
5	336	1,3	78	Links 0,5 × 0,5	+++	„	10 B., 33.5°R. 25—30 Min.
6	380	1,2	40	Rechts 1,0 × 1,0 Links 1,0 × 0,8	++++	„	7 B., 33.5°R. 25—30 Min.
7	317	2,3	49	Links 2,0 × 2,2	++++	Süßwasserbäder	5 B., 31,5—32.5°R. 25—30 Min.
8	331	2,2	49	Links 1,5 × 1,0 Rechts 0,4 × 0.4	++++	Süßwasserbäder	25 B., 33.5°R. 25—30 Min.

Digitized by Google

rate bei der experimentellen Syphilis der Kaninchen

Benennung der Präparate	Dose auf 1 kg Gewicht		Aufhören der aktiven Bewegung der Spirochäten	Vollständiges Verschwinden der Spirochäten am Tage	Resorption der Schanker am Tage
	Reines Salz	Bi-met			
Bismutogwi	0,01	0,0044	4	4.	19.
„	0,01	0,0044	4	5.—6.	26.
„	0,01	0,0044	3	5.—6.	19.
„	0,01	0,0044	4	6.	29.
„	0,01	0,0044	5	7.—8.	24.
„	0,01	0,0044	3	5.—6.	26.
„	0,01	0,0044	5	5.	25.
„	0,01	0,0044	4	5.	26.
Bijochinol	0,025	0,005	5	5.	25.
„	0,025	0,005	5	5.	24.
„	0,025	0,005	4	6.	23.
„	0,025	0,005	5	7.—8.	24.
„	0,025	0,005	5—6	7.—8.	21.

er Kombination mit der Balneotherapie bei der experimentellen aninchen

Zahl der Bäder vor der Injektion	Bismuttherapie			Aufhören d. aktiven Bewegung d. Spirochäten am Tage	Vollständiges Verschwinden d. Spirochäten	Resorption der Schanker am Tage	Anmerkung
	Präparat	Dose pro Kilo					
		Reines Salz	Bi-met				
12	Bismutogwi	0,01	0,0044	—	2	18.	
12	Bijochinol	0,025	0,005	4.	4	15.	
11	Bismutogwi	0,01	0,0044	—	3	9.	Nach 2 Mon. Keratitis parenchym. sin.
11	„	0,01	0,0044	3.	3	20.	
4	„	0,01	0,0044	—	3	12.	
1	„	0,01	0,0044	4.	6	21.	
12	„	0,01	0,0044	—	3	18.	
12	Bijochinol	0,025	0.005	—	3	26.	Nach 7 Mon. gummenart. Geschwulst auf der Nase

Digitized by Google

voraussetzen, daß der erhöhte Stoffwechsel, welcher sich als Resultat der Behandlung mit Balneoprozeduren feststellen läßt, auch zum verstärkten Eindringen der antisyphilitischen Mittel in das Nervensystem beitragen kann. Es wurden daher 12 Kaninchen intramuskulär verschiedene Dosen von Bismutogwi oder Bijochinol injiziert, wobei 6 Kaninchen außerdem täglich Schwefelbäder von derselben Temperatur und Dauer wie bei den vorhergehenden Versuchen erhielten. Nach verschiedenen Zeiträumen wurde bei allen Tieren die subokzipitale Punktion ausgeführt (bei einigen Tieren mehrmals) und der erhaltene Liquor wurde auf das Vorhandensein von Bismut nach der Methode Aubry untersucht. Doch trotz Injektionen von sogar absolut tödlichen Dosen, erwies sich der Liquor in allen Fällen frei von Bismut.

(Schluß folgt)

Aus dem Krankenhaus der Barmherzigen Brüder in Wien, Interne Abteilung
(Vorstand: Prof. Dr. A. Stejskal)

Die histologischen Grundlagen der therapeutischen Beeinflußbarkeit von Hautrunzeln

Von

Dr. Friedrich Fischl
em. Assistent der II. Derm. Abt. des Allg. Krankenhauses, Wien

Mit 2 Abbildungen im Text

Die im großen und ganzen glatte Oberfläche der äußeren Körperdecke ist in der mannigfachsten Weise von Falten und Furchen unterbrochen. Erstere sind teils Bildungsfalten (Augenbrauen und -lider, Ohren, Lippen usw.), teils durch Muskelzug und Bewegung bedingt. Letztere teilt Charpy in Bewegungs- und Muskelfurchen (Gesicht, Skrotum, erzeugt durch Hautmuskulatur), Gelenkfurchen (Beuge- und Streckflächen), Furchen durch Fettzunahme oder -abnahme und Bildungsfurchen (Grübchen unter den Mammae, über den Pubes, Achselfurchen usw.) ein. Während die makroskopische Beschreibung der gröberen und feineren Bildungsfalten und Furchen in jüngster Zeit im Handbuch der Hautkrankheiten eine sehr gründliche und überaus aufschlußreiche Darstellung durch F. Pinkus gefunden hat, scheint, soweit das Studium des mir zugänglichen Schrifttums lehrt, sich noch niemand mit der histologischen Untersuchung dieser Niveaudifferenzen der Haut beschäftigt zu haben. Mir schien es interessant, sowohl Gelenks- als Muskelfurchen vergleichsweise histologisch zu verfolgen. Dies ist nicht nur als Beitrag zum Studium angeborener und erworbener Furchenbildung anzusehen, sondern hat auch praktisch insofern eine gewisse Bedeutung, als jede kosmetische Furchen- und Runzelbehandlung — sei diese nun mit der seit altersher geübten Massage oder mit der modernen Diathermie durchgeführt — bei schweren geweblichen Veränderungen, die bei diesen Untersuchungen etwa nachgewiesen werden könnten, als aussichtslos bezeichnet werden muß. So sah Jaddassohn bei der „Cutis rhomboidalis nuchae", die meist Männer in höherem Alter

Digitized by Google

betrifft, die der Sonne und den Witterungsunbilden stark ausgesetzt waren, histologisch ein stark an „kolloide Degeneration" erinnerndes Bild, Nikolsky bei derselben Affektion, die er als „Cutis rhomboidea hypertrophica cervicis" bezeichnet, neben Verschmälerung des Epithels und Abflachung der Papillen hyaline Bindegewebsdegeneration oder degenerative Veränderung des elastischen Gewebes.

Um die Frage der histologischen Veränderungen bei den angeborenen (Finger- und Zehenfurchen über den Gelenken) und erworbenen Furchen und Runzeln (Stirn, Augenlider) zu studieren, wurden zunächst zur Untersuchung der Finger- und Zehengelenksfalten 5 Hautstücke von der Streckseite der Fingergelenke und 3 Hautstücke von der Streckseite der Zehengelenke untersucht. Das Material war Leichen entnommen und betraf Individuen vom 50.—68. Jahre, da wir von der Voraussetzung ausgingen, daß die etwa nachweisbaren geweblichen Veränderungen in den Furchen bei langem Bestehen (ältere Individuen) stärker ausgeprägt sein könnten. In keinem der 8 untersuchten Hautstücke konnten irgend welche Veränderungen des elastischen oder kollagenen Gewebes mit den üblichen histologischen Färbemethoden (Orzein, Resorzin-Fuchsin, Mallory, van Gieson, Hämatoxylin-Eosin) festgestellt werden. Die leicht gedellten Fingergelenkfurchen zeigten auch keine besondere Hyperkeratose oder sonstige Epithelveränderung. Es waren im allgemeinen auffallend wenig elastische Fasern vorhanden, was offenbar mit dem vorgeschrittenen Alter der Patienten zusammenhängt. Die Zehenfurchen wiesen mäßig reiches elastisches Gewebe in Form zarter Faserchen auf; am Boden der Furchen waren vielleicht einzelne Bündel leicht gestreckt.

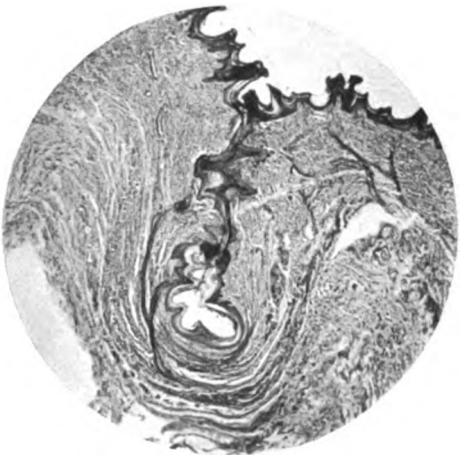


Abb. 1. Stirnfurche

Tiefe Stirnfurchen wurden von 3 Leichen und von 5 lebenden Individuen untersucht. Das auffallendste war, daß oft sehr schwer, besonders bei in vivo entnommenen Hauptpartien, im histologischen Bild zu sagen war, wo die Furche saß, da trotz sofortiger Fixation in Sublimatspiritus des auf Fließpapier gebrachten Stückes sich kaum Niveaudifferenzen der Epidermisoberfläche fanden. Auch bei diesem der Stirnhaut entnommenen Furchenmaterial konnten keinerlei schwere morphologische Veränderungen des elastischen oder kollagenen Gewebes tinktoriell nachgewiesen werden. Nur in einem Falle einer der Leiche entnommenen besonders tiefen Furche waren die kollagenen und elastischen Fasern am Grunde der Falte deutlich gestreckt (siehe Abb. 1) und nur am Grunde derselben auch die Papillen und die interpapillären Retezapfen verstrichen.

Häufig konnte ich schwere Veränderungen des subpapillaren ela-

Digitized by Google

stischen Gewebes im Bereiche der gesamten Stirnhaut, wie dies von UNNA, KYRLE, STERNBERG, AWOKI beschrieben wurde, nachweisen, die sich auch über die Furchen erstreckten. An den tiefsten Stellen der Furche war das elastische Gewebe rarefiziert (siehe Abb. 2). Die genannten Degenerationen bestehen in den bekannten kugel- und tröpfchenförmigen Gebilden, die Elastikafarbstoffe stark annehmen. Schon UNNA hat vor Jahren diese Veränderungen als „Kollagenumprägung" bezeichnet; nach seiner Ansicht entstehen durch Verbindung des Kollagens mit basophilem Elastin (Elazin), Kollazin, welche der Form nach Kollagen, der Färbbarkeit nach als Kollazin aufzufassen ist. Durch Verbindung des degenerierenden Kollagens mit Elastin kommt es zur Kollastinbildung, das, da es die Färbung des Elastins annimmt, nur in seiner Form vom echten Elastin verschieden ist. Auch KYRLE und STERNBERG stellen sich diese Umformung als durch Durchtränkungsvorgänge bedingt vor.

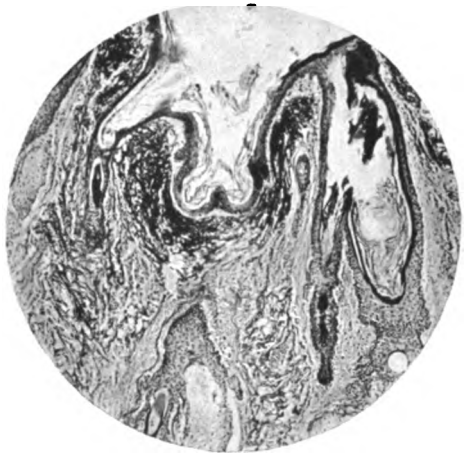


Abb. 2. Rarefizierung des elastischen Gewebes an der tiefsten Stelle einer Stirnfurche

Unsere fast negativen histologischen Befunde bei länger bestehenden Furchen und Runzeln besagen, daß schwere Elastikaveränderungen im Bereiche der genannten Gebiete nicht vorhanden sind und daß auch das kollagene Gewebe bis auf die Streckung am Grunde besonders tiefer und alter Furchen keinerlei morphologische Veränderung aufweist. Andererseits haben KYRLE, C. STERNBERG u. a. „die Elastika oft genug schwerst degeneriert antreffen können, ohne daß klinisch auch nur die Spur von Atrophie feststellbar wäre". Wir sehen also klinisch schwere Elastizitätsschädigung, die sich in tiefen Furchen und Runzeln bei offenbar zu weit gewordener Haut äußert, ohne nachweisbare gewebliche Kennzeichen, im früher erwähnten Fall aber schwerste Elastikadegeneration bei klinisch völlig intakter Haut Jugendlicher. Wie ist diese scheinbare Diskrepanz aufzuklären?

Nach RIEHL hängt die Elastizität der Haut zum größten Teil von der Anordnung der sie zusammensetzenden Gewebsbestandteile ab (zit. nach C. STERNBERG). Er faßt „das Geflecht der elastischen Fasern als Stützgewebe für die weicheren, dehnbareren Bindegewebsfasern auf". Die Anordnung dieser weicheren dehnbaren Bindegewebsfasern kann nun nach MEMMESHEIMER durch Hautmassagen in dem Sinne geändert werden, daß durch die Quellung des Bindegewebes eine Änderung seines physikalisch-chemischen Verhaltens, eine Flüssigkeitszunahme in denselben, ein leichtes Ödem hier und in der Epidermis auftritt. Dies äußert sich nach dem genannten Autor in einer Verbreiterung der Interzellularräume, besonders der Stachelzellenschicht und in einer stärkeren Färbbarkeit der

Digitized by Google

Epidermiszellen (stärkere Funktion), in starker Erweiterung der Kutisgefäße sowie in Verdickung und Quellung des Bindegewebes. Als Hautcreme für die Massage verwendete er ein Kosmetikum, das neben Fett- und Lipoidstoffen im wesentlichen natives tierisches Eiweiß, Albumosen, Peptone, Aminosäuren u. a. stickstoffhaltige Körper enthält.

K. Stejskal hat nun in langjährigen Untersuchungen über die Permeabilität der Haut feststellen können, daß auch Eiweißkörper und Kohlehydrate in bestimmter Form in die Haut eindringen. Diese Substanzen, in fein emulgierter Salbenform mit Fetten in die Haut eingerieben, lassen eine starke Nahrungszufuhr erreichen (Dinutron). Derselbe Autor hat ein Hautpräparat, das bei Ernährungsstörungen der Haut durch Alter und Allgemeinerkrankungen angewendet werden soll, das auf diesem Prinzip der feinsten Emulgierung der Fette, Eiweiß- und Kohlehydratstoffe beruht, die „Creme Tokalon" in diesem Sinne modifizieren lassen. Sie enthält neben prädigerierter Sahne und Olivenöl emulgiertes Eigelb, nach Stejskal das einzige keine Überempfindlichkeit der Haut hervorrufende Eiweißprodukt in Verbindung mit Pflanzenextrakten.

Diese Nährstofftherapie der Haut wurde nun bei alten Leuten, die reichlich Furchen- und Runzelbildung um die Augen und auf der Stirn zeigten, in der Form angewendet, daß die 55—72jähr. Patienten im Bereiche der genannten Furchenbildungen durch 6 Wochen täglich 5 Minuten lang die befallenen Stirnpartien kräftig massierten. Die Resultate waren insofern ausgezeichnet, als Runzeln und oberflächliche Falten völlig schwanden, nur sehr tiefe Querfalten der Stirn blieben unbeeinflußt.

Da — wie eingangs erwähnt wurde — histologisch fast keine morphologischen Veränderungen der Furchen nachweisbar waren, zeigte die in 2 Fällen 6 Wochen nach der Behandlung neuerdings ausgeführte Exzision einer Furche keinerlei Änderung des Gewebsbildes im Bereiche der Furchen. Obwohl dies anzunehmen war, wurde die neuerliche Biopsie nach 6 wöchiger Massage dennoch vorgenommen, um zu untersuchen, ob die Resorption der in Salbenform eingeführten Nährstoffe eine vollkommene sei. Dies scheint der Fall zu sein, da auch bei stärkster Vergrößerung keinerlei Partikelchen der einmassierten Salbe festgestellt werden konnten. Hingegen beobachteten wir in zahlreichen Untersuchungen mit dem Schadeschen Elastometer, daß der Elastizitätsverlust, der vor der Behandlung bei einer Belastung von 50 g 20—40 % betragen hatte, sich nach 6 wöchiger Massage auf 10—30 % reduzierte. Die Einsinktiefe des Tasters, die bei der unbehandelten Haut — die Messungen wurden nach Schades Originalvorschrift nach 2 Minuten der Belastung und nach 2 Minuten der Wiederentlastung vorgenommen — erheblich ist, wird nach der Behandlung geringer, die Fließung, der Vorgang des allmählichen Einsinkens des Tasters, größer. Diese Fließung ist jedoch nur bei der erwähnten 50 grammigen Belastung vorhanden, bei Belastung mit 40 g oder weniger konnte sie nicht verzeichnet werden. Auch uns scheint die Prüfung auf Gegendruckabnahme durch allmähliche Entlastung um je 5 g, die ein recht schnelles Zurückgehen der Einsinktiefe ergab, im Sinne Memmesheimer für die Erklärung des Fließungsvorganges durch Elastizitätsvermehrung des Hautbindegewebes und nicht durch Ödem zu sprechen.

Digitized by Google

Da ein wesentlicher pathologisch-anatomischer Befund an den Geweben im Bereiche der Falten nicht zu erheben ist, muß ihre Entstehung zurückgeführt werden auf eine morphologische derzeit nicht darstellbare Änderung der Kontraktionsfähigkeit jener Elemente, welche Faltung bzw. Spannung des Hautorgans bewirkt. Dabei muß es heute noch dahingestellt bleiben, ob diese Fähigkeit mehr den elastischen Fasern oder dem Bindegewebe zukommt. Nach UNNA, RIEHL, STERNBERG sind die elastischen Fasern nicht das elastische Moment, mehr das Gerüst, während die Fähigkeit der Faltung und Ausgleichung mehr dem Bindegewebe und der Hautmuskulatur zugeschrieben wird.

Man könnte sich wohl vorstellen, daß kleine Elastikaveränderungen reparabel sein könnten; Befunde hierfür konnten nicht erhoben werden. Jedenfalls kann darüber gesagt werden, daß die Furchenbildung der Haut nicht mit morphologisch nachweisbaren Änderungen des elastischen und kollagenen Gewebes einhergeht, so daß eine therapeutische Beeinflußbarkeit in theoretischer Hinsicht eine gewisse Berechtigung zu haben scheint. Der Turgor der Haut wird vom Durchblutungszustand, der eine Funktion der Gefäße ist, vor allem bestimmt; die Anpassungsfähigkeit der Gefäße an die momentanen Bedürfnisse wird vor allem durch Eiweißkörper und deren Spaltprodukte (ANITSCHKOW, FRIEDBERGER) bedingt. Ein weiteres Moment, das aber bei ältlichen, kranken, heruntergekommenen Individuen in die Wagschale fallen kann, ist die Ernährung der Haut. Diesem Zwecke können die Nährstoffe, die in Form von Kohlehydraten und Fetten in feinstemulgierter Form eingeführt werden, Genüge leisten. Dem Bedürfnis einer vermehrten Wasserzufuhr in die Altershaut kann durch das dritte Moment, die Massage, mit ihrem Einfluß auf die Gefäßdurchströmung Rechnung getragen werden. Bei dem bekannten Konnex zwischen Blutgefäßweite und Blutgewebsaustausch kann dann sowohl Wasser als auch Nährsubstanz in vermehrter Menge in die Haut eindringen. Auch der Einfluß auf die Diffusion durch all diese Momente wird bei seiner ausschlaggebenden Bedeutung für die oberflächlichen Hautschichten betont werden müssen. Bei der von STEJSKAL auf dem Prinzipe der Zufuhr von Nährsubstanzen in die Haut angegebenen Tokaloncreme haben wir die genannten umstimmenden Wirkungen des durch Massage einverleibten Eigelbs, eines nicht zu Anaphylaxie und Sensibilisierung führenden Eiweißkörpers, feststellen können.

Literatur

AWOKI, T., Zur Pathologie der elastischen Fasern, besonders der Haut. Virch. Arch., Bd. 255, S. 709. — CHARPY, A., Les plis de la peau. Arch. med. de Toulouse. Ref. Zbl. f. norm. Anat. u. Mikrotech., 1905, Bd. 2. S. 335. — FRIEDBERGER, Serologische Studien über den Einfluß normaler Sera auf das isolierte Gefäßpräparat. Kl. W., Jahrg. 1927, S. 1047. — JADASSOHN, Cutis rhomboidalis nuchae mit kolloidaler Degeneration. Sitzg. d. schles. derm. Ges. v. 14. II. 1925. Ref. Zbl. f. Derm., Bd. 17, S. 272. — MEMMESHEIMER, A., Histologische und elastometrische Untersuchungen über die Wirkung lokaler Hautmassage. Derm. Zschr., 1928, Bd. 55. — NIKOLSKY, P., Cutis rhomboidea hypertrophica cervicis. Russki viestnik, Ref. Zbl., Bd. 17, S. 326. — PINKUS, F., Handb. d. Hautkrkh., Bd. I/1, S. 4 ff. — STERNBERG, L., Über elastische Fasern. Arch. f. path. Anat., 1925, Bd. 254, S. 656. — STEJSKAL, K., Die perkutane Ernährung und ihre Verwendung am Krankenbett. W. m. W., 1929, Nr. 25—27.

Digitized by Google

Zur Tripperfrage

Von

Dr. Ernst Riebes in Königsberg i. Pr.

Bei den Ausschußsitzungen der DGBG stellte die Ortsgruppe Frankfurt a. M. durch Prof. Flesch wiederholt den Antrag, eine staatliche Anstalt zur wissenschaftlichen Erforschung des Gonokokkus einzurichten. Ich glaube, nicht bloß diese bakteriologisch-botanische Betrachtungsweise des Trippers bedarf des wissenschaftlichen Ausbaus, sondern auch die anatomische und physiologische seines Angriffsobjektes, des Menschen.

In einem ganz neuen Lehrbuch dieses Gebietes lese ich (abgekürzt): „Vordere und hintere Harnröhre. Zweiteilung durch den Schließmuskel bedingt. Sekret des vorderen Teiles fließt nach vorn ab, der des hinteren in die Blase."

Ist das erwiesen und welche Bedeutung hat das für den Gonokokkus?

Wenn es stimmt, müßte doch die mit dem Finger ausgedrückte Prostataflüssigkeit, die sich in die hintere Harnröhre entleert, ganz in die Blase abfließen. Bestimmt schon, wenn man nach der Blase zu massiert. In Wirklichkeit kommt aber auch dann das meiste davon vorn zur Harnröhre heraus. Bei Untersuchungen auf Zeugungsfähigkeit machte ich folgenden Versuch:

Nach der Samenentleerung spülte ich die Harnröhre gründlich aus und untersuchte dann das Urinsediment auf Samenfäden. Einige Male fand ich gar keine, so daß der Verdacht entstand, daß die Spülung der vorderen Harnröhre doch auch die hintere erreicht und vom Samen befreit habe. Auf Grund solcher Beobachtung ist es mir durchaus nicht sicher, daß „der Eiter aus der hinteren Harnröhre in die Blase" abfließe.

Nicht einmal die Behauptung scheint mir genügend sicher erwiesen, daß die Einspritzungen in die vordere Harnröhre die hintere nicht erreichen.

Das wäre die Frage nach der Bedeutung dieses Schließmuskels für Eiter und Spritzlösung. Was kann er für den Trippererreger bedeuten?

Die Gonokokken haben keine Eigenbewegung. Wenn sie sich nur an der Schleimhautoberfläche fortpflanzen, so würde sich die Erkrankung von der Fossa navicularis (dem Primäraffekt) etwa mit derjenigen Langsamkeit allseitig (oder vielleicht schneller nach der größeren Wärme hin) ausbreiten, mit der eine Gonokokkenkultur wächst. Daß bei dieser oberflächlichen Ausbreitungsweise der Schließmuskel hemmend sein sollte, halte ich für sehr unwahrscheinlich. Gehen doch sogar dicke Oxyuren durch den Afterverschluß. Wenn die Ausbreitung der Trippererreger meistens so auf der Schleimhautoberfläche erfolgte, so könnte die Prostata ja nur über den Schließmuskel hinweg, also bei einer Gonorrhoe der hinteren Harnröhre angesteckt werden. Von 100 Fällen, die kein Zeichen der Posteriorerkrankung aufwiesen, fand ich aber bei 64 in der 3. oder

Digitized by Google

4. Woche (oder später) reichlich Eiter im herausgedrückten Prostatasaft. Nur zweimal ließ ich Kulturen machen. Beide Male wuchsen Gonokokken, obwohl ich in vielen Präparaten keine gefunden hatte. War hier die Ansteckung der Vorsteherdrüse von der Urethralschleimhaut her erfolgt, so muß einerseits der Schließmuskel widerstandslos von den Erregern überschritten worden sein, andererseits kann der Eiter aus der Posterior seinen Weg nur in die vordere Harnröhre (und nicht in die Blase) genommen haben. Aber ist es denn überhaupt erwiesen, daß die Ausbreitung der Gonorrhoe in dieser Weise erfolgt? Die Schnelligkeit, mit der scheinbar die ganze Harnröhre ergriffen werden kann, spricht für eine schnellere Fortbewegungsmethode als das Wachstum der Gonokokken in der Fläche. So schnell geht es doch am ehesten, wenn die Erreger im Saftstrom der Gewebe (sei es Lymphe, sei es Blut) mitschwimmen.

Dann verliert der Schließmuskel der Urethra weiter an Bedeutung. Denn dann ist ja vom Primäraffekt in der Fossa navicularis aus die Prostata auf dem Lymphwege, sozusagen von hinten herum, für die Gonokokken erreichbar.

Ob viele Sektionen gemacht sind, auf Grund deren die Lösung aller dieser Fragen makroskopisch und mikroskopisch in Angriff genommen wurde, weiß ich nicht.

Ich habe einmal versucht, mir den gesamten Apparat der Schließmuskel sorgfältig herauszupräparieren. Ich hatte den Eindruck, daß die ganze Posterior von einem gemeinsamen Geflecht beider umgeben sei, und also ihre äußere und innere Begrenzung durch je einen von ihnen anatomisch nicht begründet werden könne.

Nur einmal konnte ich eine Gonorrhoe (der Kranke war durch Unfall zugrunde gegangen) sezieren. Der behandelnde Kollege sagte mir, beide Samenbläschen seien seit 14 Tagen (und gestern noch) sehr deutlich als bohnengroße Knoten vom Rektum aus fühlbar. Es fiel mir schon auf, daß ich diesen Befund an der Leiche nicht bestätigen konnte. Und als ich mir dann die Samenbläschen herauspräparierte, fand ich sie ziemlich tief in den Körpern der Prostata eingebettet, für den tastenden Finger von ihr nicht zu trennen. Was am Lebenden für die Samenbläschen gehalten wurde, müssen wohl Lymph- oder Blutgefäße gewesen sein. Das ganze Bindegewebe um die Prostata herum war entzündet.

In der Harnröhre selber fand ich bei Stichproben (im Schnittpräparat) eine starke Entzündung mit Gonokokken nur etwa in der Fossa navicularis, und zwar auch jenseits des Pflasterepithels. Einige andere Stellen der Anterior (Zylinderepithel) waren mikroskopisch — unerwarteterweise — entzündungs- und gonokokkenfrei. Weiter habe ich damals leider nicht untersucht. Aber das Festgestellte schien mir auch so schon eher für eine Ausbreitung auf dem Lymphwege zu sprechen.

Schon meine kurzen Betrachtungen zeigen jedenfalls, daß eine ganze Anzahl von wichtigen Bedingungen für den Ablauf des Trippers beim Manne nicht so sicher bekannt sind, als es den Lehrbüchern nach scheinen könnte. Der Anatom, der Physiologe und der Vertreter der pathologischen Anatomie werden hier noch grundlegende Fragen vorurteilslos zu formulieren und zu beantworten haben. Zur Lösung ihrer Aufgabe werden sie vielleicht die Röntgenkunde heranziehen müssen.

Digitized by Google

Das Ziel aller solcher Bemühungen bleibt die Erreichung besserer Heilerfolge.

Wie steht es damit?

Ein wirklicher Fortschritt ist in erster Reihe das Credésche Verfahren. Durch seine Erfolge wird bewiesen, daß bald nach der Ansteckung wirklich die eben von der Säuglingskonjunktiva aufgenommenen Gonokokken durch Silberlösung getötet werden, so daß gar kein Augentripper entsteht.

Diesem Verfahren entspräche beim Erwachsenen die sogenannte Prophylaxe, also die vorbeugende Silberbehandlung nach jedem Geschlechtsverkehr (wie nach Credé bei jeder Geburt).

Hier liegt eine Möglichkeit, den Tripper des Mannes auszurotten wie den Augentripper der Neugeborenen.

Weniger aussichtsreich ist in meinem Gesichtskreis schon die sogenannte Abortivbehandlung mit starken Lösungen etwa am 3. Tage nach der Infektion. Der große Prozentsatz von Mißerfolgen wird erklärlich, wenn ich mir vorstelle, daß zu der Zeit oft schon Lymphbahnen infiziert sein werden.

Sobald das erst geschehen ist, wird die Anwendung von Silberlösungen auf der Schleimhautfläche, sofern sie nur oberflächlich Gonokokken tötet, viel an Bedeutung einbüßen. Vielleicht hilft sie dadurch, daß der Lymphstrom und die Leukozyten unter ihrem Reiz zu den Epithelien hingezogen und zwischen ihnen hindurch nach außen befördert werden.

Was dagegen von Erregern in Lymphbahnen der Tiefe, in Drüsen oder in der Prostata sitzt, ist doch wohl der Desinfektionskraft der Silberlösung weit entrückt.

Vielleicht hat es einen Sinn, frühzeitig und oft — immer aber beim Spritzen — Biersche Stauung hinten an der Pars pendula anzulegen, um dem Saftstrom eine Richtung zur Oberfläche hin zu geben und gleichzeitig zu verhüten, daß durch die Injektionswelle selber Gonokokken weiter nach innen getragen werden.

Die Stärke der Konzentration kann durch Gewöhnung ziemlich schnell sehr hoch getrieben werden (z. B. 2 % ige Allerginlösung). Die Tiefe der Desinfektion wird dadurch wohl kaum gesteigert, da das Silberalbuminat doch unlöslich ist.

Also glaube ich auch nicht, daß z. B. beim Guyonschen Verfahren der Posteriorbehandlung mit 1—3 % iger Argentumlösung die Schleimhaut tief durchdrungen oder gar das Innere der Prostata erreicht wird. Hierüber machte ich folgende Versuche: Ich füllte an der Leiche die Blase mit Farblösungen und band (da die Schließmuskel nicht mehr schlossen) den Penis ab. Dann verglich ich das Eindringen der Farbstoffe in die Prostata mit und ohne Massage derselben. Es ergab sich, daß sich unter diesen Bedingungen durch Massage tatsächlich mehr vom Blaseninhalt in die Prostata bringen läßt, als ich dachte.

Solche Versuche wären mit vitalfärbenden Farbstofflösungen am Lebenden zu wiederholen, weil der funktionierende Schließmuskel die Bedingungen wesentlich ändert. Vielleicht ergäbe sich aus solchen Versuchen auch allerlei über Lage und Funktion dieser Schließmuskel. (Sowohl für das Endoskop als auch für das nachher ausgedrückte Prostatasekret und den Samen.)

Digitized by Google

Und damit wären wir wieder beim Anfang angelangt. Ich glaube gezeigt zu haben, daß ein Forschungsinstitut für Gonorrhoe — wie es Prof. FLESCH wünscht — sich nicht bloß mit dem Gonokokkus beschäftigen muß, sondern der Mitarbeit des Anatomen, des Physiologen und des Vertreters der Pathologischen Anatomie bedarf. Ich glaube, daß diese Mitarbeit selbst dann nicht entbehrt werden kann, wenn einmal die experimentelle Übertragung der Gonokokken auf Versuchstiere gelungen sein wird.

Bemerkungen zur Symptomatologie und Therapie der Induratio penis plastica

Von

Dr. med. et phil. W. GENT in Göttingen

Mit 1 Abbildung im Text

Da auch heute noch das Vorkommen der genannten Erkrankung des männlichen Gliedes als recht selten bezeichnet werden muß, so rechtfertigt sich die Veröffentlichung auch einzelner Fälle. Sahen wir doch in 25 Jahren bei sehr großem Krankenmaterial nur zwei Fälle! Das seltene Vorkommen bestätigt neuerdings R. ROTHSCHILD von der chirurgischen Universitätsklinik zu Frankfurt a. M. aus den Jahren 1920 und 1922. Was unsere Fälle angeht, so ist ihre Seltenheit schon dadurch sichergestellt, daß sie beide an Männern beobachtet wurden, welche das dritte Lebensjahrzehnt noch nicht vollendet hatten; war doch der eine 26, der andere 28 Jahre! Die Induratio penis plastica scheint also mit nichten eine „Cavernitis senilis" im Sinne von HOROWITZ zu sein.

Das Krankheitsbild ist im allgemeinen bekannt; es handelt sich um den Nachweis mehr oder weniger harter Einlagerungen in den Penisschaft, welche zwischen Haut und Corpora cavernosa penis nachgewiesen werden, und zwar von der Oberseite des Gliedes aus. Eine Verwachsung mit der ersteren konnten wir nicht nachweisen; dagegen hatten wir den bestimmten Eindruck der Mitbeteiligung des Septums an der Wucherung des Bindegewebes.

Da der Befund unserer beiden Fälle nicht allzu verschieden war, so begnügen wir uns mit der Beschreibung nur eines derselben.

H. E., 26 Jahre. Kräftiger, wohlgenährter Mann, von Beruf Techniker. Keine DUPUYTRENsche Kontraktur, keine Gicht, keine Keloidbildung, kein Diabetes, bisher nicht geschlechtskrank. Herz und Lunge o. B.

Patient bemerkte die Penisverhärtung im Frühjahr 1928. Fast gleichzeitig damit begann sich das Glied nach links herüber zu krümmen, so daß die Kohabitation fast unmöglich wurde. Während er bei schlaffem Zustande desselben frei von Beschwerden war, traten sofort mehr oder weniger heftige stechende und bohrende Schmerzen auf, wenn Erektionen sich einstellten. Bemerkenswerterweise sank gleichzeitig die Libido und Potenz, während die Zahl der Pollutionen sich nicht veränderte.

Den objektiven Befund registrieren wir, wie folgt, an einer kleinen Skizze.

Die Indurationen lagen im Schaft des Penis auf dessen dorsaler Seite; sie zeigten knorpelige Konsistenz. Die größere hatte in der Mitte ihres Verlaufes eine recht deutliche spindelförmige Verdickung und hörte dann plötzlich auf, um nach einer Unterbrechung von 1 cm in zwei kleineren ihre Fortsetzung zu finden. Ihre Länge betrug etwa 5, die der beiden kleineren etwa 3 cm. Die Breitenverhältnisse schwankten zwischen

Digitized by Google

½ und 1 cm. Knotenartige Bildungen vermochten wir nicht nachzuweisen. Die Oberflächen waren glatt, an den Rändern abgerundet und gingen unvermittelt ins gesunde Gewebe über; jedoch schien es uns, als fühlten wir bei schnellem gleitendem Abtasten der drei Gebilde quer zur Längsrichtung gestellte niedrige Leisten auf denselben. Erektionen veränderten nichts an der Tastbarkeit der Verhärtungen.

Was die Art, Form und Richtung der Krümmung bei Erektionen anbelangt, so fand zunächst, wie gesagt, eine Abbiegung nach links statt; nach etwa 1 Jahre verschwand dieselbe, um einer solchen nach rechts Platz zu machen. Dann verschwand diese ebenfalls; eine Krümmung nach oben wurde nicht bemerkt. Die Form derselben war gerundet, nicht winklig und verhältnismäßig flach. Blutungen während der Erektionen sind nicht eingetreten. Der Versuch einer Röntgenaufnahme zeigte keinerlei Schatten, welche auf Knochenneubildung hätten hinweisen können.

Wir waren uns bewußt, daß wir ein bisher schwer beeinflußbares Leiden vor uns hatten. Dennoch versuchten wir unser möglichstes und begannen die Therapie mit intramuskulären Injektionen von Fibrolysin. 75 Injektionen zu 2 ccm in Serien von 10 Dosen brachten wenig Änderung, auch dauernder Gebrauch von Fibrolysinpflaster führte nicht zu dem gewünschten Erfolg.

Daraufhin begannen wir Fibrolysion mit Olobintin zu kombinieren, also beide Arzneikörper gleichzeitig zu verabreichen, und von dem Moment an setzte die Rückbildung ein. Wir verabfolgten im ganzen 30 Ampullen à 1,1 ccm Olobintin, in Abständen von 3 Tagen, die letzte am 2. August 1929. Seitdem hat sich die Induration noch weiter zurückgebildet und kann heute (November 1929) als verschwunden betrachtet werden. Im September ließen wir noch 12 Dampfbäder nehmen.

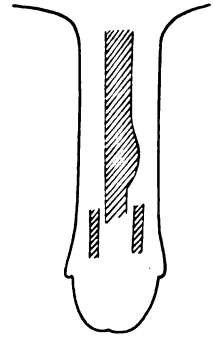


Abb. 1

Man wird immer mit dem Einwande kommen können, daß es Spontanrückbildungen der Induratio gäbe und es daher unwahrscheinlich sei, daß der angegebene Erfolg allein auf Rechnung der Therapie zu setzen wäre. Dieser Einwand ist sehr billig und würde auch bei anderen Krankheiten beigebracht werden können; denn Selbstheilungstendenzen zeigt der Körper bei allen Erkrankungen. Jedenfalls ist es zum mindesten sehr auffallend, daß eine so prompte Reaktion auf die genannte Therapie folgte. Wir stellen uns die Sache so vor, daß das Olobintin als Reizkörper den Organismus empfindlicher machte für die Wirkung des Fibrolysins, die Reizschwelle gleichsam erhöhte. Als paralleles Beispiel können wir Versuche anführen, welche wir seit längerer Zeit bei Psoriasis laufen haben. Sie bestehen darin, die Wirkung der äußeren Behandlung zu erhöhen und zu beschleunigen durch die gleichzeitige intrakutane oder intramuskuläre Verabreichung von sehr geringen Mengen von Acidum formicicum. Über deren Konzentration sowie die Beeinflussung des ganzen Verlaufes der Psoriasis durch sie werden wir uns in allernächster Zeit genauer äußern können. So viel steht aber schon fest, daß von dieser kombinierten Therapie bedeutsame Besserungen der Heilungsmöglichkeit der genannten Krankheit zu erwarten sind.

Es bleibt abzuwarten und wäre durch weitere Fälle zu belegen, ob die angegebene Kombinationstherapie die Prognose des Leidens zu verbessern imstande ist. Angesichts der Trostlosigkeit der letzteren trotz Strahlenbehandlung ist jede Mitteilung wichtig, welche uns instand setzt, den Kranken besser als bisher zu helfen. So viel steht jedenfalls nach den mitgeteilten Fällen von Induratio fest, daß von einem „Scheinerfolg"

Digitized by Google

offenbar nicht die Rede sein kann. Ein Arzneiexanthem ist in keinem Falle aufgetreten.

Die Literatur findet man jetzt fast vollständig zusammengestellt bei F. CALLOMON im Handb. d. Haut- u. Geschlechtskrkh., Berlin 1927, Bd. 21. S. 194—199.

Versammlungen

Deutsche Dermatologische Gesellschaft in der tschechoslowakischen Republik

Sitzung vom 10. November 1929

Winternitz: 1. Pseudoleukoderm.

Sonnenbestrahlte Pityriasis versicolor am Halse, Stamm und Oberarm täuscht Leucoderma lueticum vor.

2. Positivwerden der WR nach Tb.-Muccininjektionen und Spiroziddarreichung.

Bei der in der Sitzung vom 21. IV. 1929 mit der Diagnose Boecksches Sarkoid vorgestellten Patientin trat nach mehreren Tb.-Muzininjektionen und Spirozidverabreichung eine stark positive WR auf. Endgültige Heilung durch Hg und Neosalvarsan erzielt.

3. Oxalatstein der Urethra Gonorrhoe vortäuschend.

Steinbeschwerden. Röntgenologisch und zystoskopisch negativer Befund. Vor 5 Jahren Gonorrhoe. Wegen angeblich auch jetzt bestehender Gonorrhoe zur Behandlung überwiesen. Die Untersuchung ergab Urethritis totalis mit negativem Gonokokkenbefund. Während der Behandlung mit milden antiseptischen Spülungen plötzlich auftretender Schmerz in der Harnröhre und Dünnwerden des Harnstrahls. Die Sondenuntersuchung ließ ein Konkrement 5 cm hinter dem Orificium externum tasten. Entfernung des 1 cm langen und ½ cm breiten Steines mittels einer Pinzette. Die chemische Untersuchung ergab reinen Oxalatstein.

Klausner: 1. Psorospermosis follicularis.

Aufgetreten nach Verschüttung im Kriege. Mit besonderer Betonung der Druckstellen.

2. Hautsoor bei Neugeborenen.

Wagner, R.: Dermatitis herpetiformis Duhring.

Seger-Aussig: Lichen planus.

An der Mundschleimhaut und Zunge, weiter an den Unterschenkeln. Refraktär gegen Arsen.

Kreibich empfiehlt Rückenmarksbestrahlung, die allein Schleimhauteffloreszenzen zu beeinflussen imstande ist.

Hofmann-Reichenberg: 1. Naevus sebaceus Pringle des Gesichts, daneben Fibromata pendula des Halses und naevusähnliche Gebilde.

Pick, W., weist auf die gestielten Fibrome hin an Nacken, Schultern, oberen Brust- und Rückenpartien. Dieselben finden sich bei Morbus Pringle fast regelmäßig und werden als „Forme fruste" des Morbus Recklinghausen angesehen.

2. Dermatitis herpetiformis.

Seit Jahren bestehend, keine Beeinflussung durch die Therapie (auch Rückenmarksbestrahlungen). Keine Provokation oder Exazerbation auf Jodjodkalimedikation.

Aus der Deutschen Hautklinik:

Kreibich: 1. Naevus leiomyomatosus.

25jähr. Mann. Lokalisation in der rechten Lendengegend.

2. Prurigo Hebrae mit exsudativen Erscheinungen kompliziert, durch Insulininjektionen günstig beeinflußt.

Schoenhof: 1. Röntgenschädigung außerhalb des Bestrahlungsfeldes.

50jähr. Frau. Haut der rechten Brustseite von Atrophie, Teleangiektasien und Pigmentation eingenommen, nach oben ohne deutliche Grenze in die normale Haut übergehend, nach unten zu durch eine scharfe Linie begrenzt. Im Zentrum ein zwanzighellerstückgroßes, schmierig belegtes Geschwür. Diese Schädigung vor mehre-

Digitized by Google

ren Jahren wegen vorgenommener Röntgenbestrahlung eines Myoms zustande gekommen. Während im Anschlusse an die Bestrahlung die bestrahlten Felder selbst außer einer leichten Bräunung, die heute nicht mehr zu sehen ist, keinerlei Veränderungen zeigten, trat 2 Wochen später an der Brust ein bullöses Erythem auf. Die Annahme, daß bei ungenügender Abdeckung und ungünstiger Stellung der Röntgenröhre die aus dem Schlitze des Röhrenkorbes austretenden ungefilterten Strahlen in der geschädigten Partie zu einer Überdosierung geführt haben, während im Bestrahlungsfeld durch entsprechende Filterung (3—4 mm Aluminium oder 0,5 Zink) die Erythemgrenze nicht überschritten wurde, hat durch Vergleichsmessungen mit dem Dosiszähler Mekapion ihre Bestätigung gefunden.

2. Lymphogranuloma inguinale.

34jähr. Mann. Beginn im August mit stecknadelkopfgroßem Geschwüre am Frenulum, angeblich als Ulcus molle angesprochen. Anschließend daran eine allmählich zunehmende, wenig schmerzhafte Schwellung der Lymphdrüsen der linken Leistenbeuge, zu der sich seit 3 Wochen auch eine Vergrößerung der rechtsseitigen Leistendrüsen gesellte. In der linken Inguinalgegend ein mächtiges Drüsenpaket, mit der lividrot verfärbten Haut verwachsen. An einigen Stellen Ulzerationen und kleine Fisteln, aus denen sich eine blutigseröse Flüssigkeit entleert. In der Lunge röntgenoskopisch rechts basal ein erbsengroßer, fibröser Herd. Auf 0,5 mg Alttuberkulin starke Stich- und Allgemeinreaktion, keine Herdreaktion.

3. Sarcoma idiopathicum haemorrhagicum multiplex Kaposi.

75jähr. Mann mit zalreichen, wenig prominenten, linsen- bis kronenstückgroßen, bis braunroten Herden, bald isoliert in die Haut der Vorderarme, des Kinnes und der Genitokruralfalten eingesprengt, bald in Gruppen angeordnet an beiden Unterschenkeln und Oberschenkeln. Vereinzelte Herde auch am Stamme. An der Innenseite des linken Knies ein über kirschengroßer, blauroter, tomatenartiger Tumor. Nirgends Vergrößerung der Lymphknoten. Histologisch spindelige Zellen und erweiterte Gefäße.

4. Lichen planus.

Seit 1 Jahr bestehende ausgedehnte Eruption bei 25jähr. Manne, besonders an Streckseite der Unterschenkel, an Wangenschleimhaut, an Unterlippe und Zunge. Arsen hat nur eine vorübergehende Besserung gebracht.

5. Vitiligo an Druckstellen.

28jähr. Patient, seit 5 Jahren an Stellen, wo die Kleidung eng über Hüftbeinkamm, Hals, über der linken Klavikula, wo der Hosenträger anliegt.

6. Keloidbildung auf Verbrühungsnarben.

Dufke: 1. Pityriasis lichenoides chronica.

23jähr. Patient, am Stamm, an den oberen Extremitäten bräunlichgelbe, flachpapulöse Effloreszenzen mit Neigung zur Schuppung. In den Achselhöhlen Erythrasma.

2. Mycosis fungoides.

73jähr. Frau. Beginn vor 4 Jahren. Vor 2 Jahren Röntgenbehandlung. Zahlreiche Köbnersche Infiltrate und Tumoren. In inguine entlang einer Narbe zahlreiche Tumoren als Rezidiv.

3. Gummöse Lymphome.

23jähr. Pat. Faustgroßer Tumor mit zentralem Zerfall an der Stirn, entzündlich gerötet. Präaurikuläre Drüse rechts walnußgroß, derb. Nuchal derbes Drüsenpaket. Den rechtsseitigen Kubitaldrüsen entsprechend ein etwa kleinapfelgroßer Tumor, welcher mit einem kleineren Tumor durch einen derben Strang verbunden ist. Haut über diesem Tumor gerötet. Größerer Tumor zeigt im Zentrum beginnende Ulzeration. Bild zur Zeit der Aufnahme wegen der ungemein derben Konsistenz der Tumoren, welche keinerlei Tendenz zur Erweichung zeigten, sowie wegen Lokalisation der Tumoren in den Drüsen klinisch als Sarkom imponierend. Probeexzision ergab typischen Befund eines gummösen Prozesses. WR und MTR +. Jetzige Krankheit besteht seit ½ Jahr. Infektion 1923.

4. Bemerkenswerter Fall von Lues II.

25jähr. Student. April 1927 wird eine 5 Tage alte Sklerose festgestellt. Abortivbehandlung (10 Bi- und 10 Neosalvarsaninjektionen à 0,45). Kaup und WR ständig negativ. Pat. wird nach 6 Wochen zur Sicherheitskur bestellt, erscheint nicht. April 1929, also 2 Jahre später, ein stecknadelkopfgroßes sklerosiformes Ulcus in der Nähe der alten Sklerose; in inguine rechts kleine derbe Drüse. Spir. pall. positiv. Kaup,

Digitized by Google

WR, MTR negativ. Letzter Koitus vor 8 Wochen. Reinfektion wird abgelehnt und Reinduration angenommen. Trotzdem, wie bei Abortivkur, sofort Salvarsan. Auf 0,3 Neosalvarsan Schüttelfrost. Die folgenden 3 Injektionen von 0,15 in Zucker anstandslos vertragen. Auf die 5. Injektion (0,3 Neosalvarsan in Zucker) Kollaps, heftige Kopfschmerzen, Krankheitsgefühl. Am Tage darauf Bismogenol 1,0 ccm i. m. Am nächsten Tage Albumen, Urobilinogen stark positiv. Während der ganzen Behandlungszeit Kaup, WR, MTR negativ. Von weiterer Behandlung vorläufig abgesehen. Pat. erscheint 5 Tage später mit gruppiertem papulösem, luetischem Exanthem. Kaup, WR, MTR. negativ. Versuch einer Weiterbehandlung mit Schmierkur. Bi. Stovarsol muß wegen Nierenschädigung aufgegeben werden. MTR wird komplett positiv, während Kaup und WR negativ bleiben. Während der Ferien wird Pat. auswärts mit 120 Tabletten Jodglidine behandelt. Kaup, WR wird komplett positiv. Anfang Oktober erscheint Pat. wieder auf der Klinik und zeigt mächtige Plaques an Zunge und Tonsillen, am Stamm Roseola anularis, breite Kondylome am Skrotum und Anus. Myosalvarsan und Bi wird anstandslos vertragen und führt zum Schwinden dieser Erscheinungen. Für die Praxis ergibt sich daraus, daß an eine Abortivkur zumindest eine, wenn nicht zwei bis drei Sicherungskuren angeschlossen werden müssen. Eine sichere Reinfektion im vorliegenden Falle anzunehmen sind wir nicht berechtigt; selbst wenn wir eine solche annehmen wollten, bleibt die Tatsache bestehen, daß nach 5 Neosalvarsaninjektionen (Gesamtmenge 1,5 g Neosalvarsan) bei negativem Resultat der serologischen Reaktionen ein typisches luetisches Exanthem auftreten kann.

Samek: 1. Sclerodermie en plaques der rechten Kinngegend.

Es handelt sich um den von Hofmann vorgestellten Fall, der nach Bestrahlung des Halsmarkes derart weitgehend gebessert ist, daß von einer fast völligen Heilung gesprochen werden kann.

2. Induratio penis plastica mit Radium behandelt.

Bei dem 53jähr. Pat. besteht seit 1 Jahre eine 2 cm breite, 5 cm lange Verhärtung der Corpora cavernosa, die den Geschlechtsverkehr unmöglich machte; nach Röntgen- und Radiumtherapie ist der Zustand soweit rückgebildet, daß kaum eine Verhärtung getastet werden kann und keine Beschwerden bestehen; röntgenologisch kein Knochen und Kalk nachweisbar.

3. Acrodermatitis atrophicans.

Seit 10 Jahren bestehende, in Höchstform entwickelte Erkrankung bei 55jähr. Patientin.

4. Lymphogranuloma inguinale.

22jähr. Pat., bei dem seit Mitte September 1929, einen Monat nach suspektem Koitus charakteristische Drüsenveränderungen bestehen, die im Laufe von 4 Wochen das gesamte inguinale und iliakale Lymphdrüsensystem ergriffen haben; derzeit typisches Krankheitsbild mit vereiterten fistelnden Drüsen. Frei sche Intraku probe stark positiv.

5. Skrofuloderm.

Torpide fistelnde Drüsenvereiterung im Bereiche der rechten Submandibulardrüse, die auf Basis einer Skleradenitis nach Kinnsklerose auftrat. Eine positive Reaktion mit Antigen aus Lymphogranuloma inguinale Bubo führte zum Verdacht einer Nicolas-Favre-Durandschen Erkrankung submandibular lokalisiert. Histologie ergab eine verkäste Tbc.

Bezecny: Erythema migrans behandelt mit Schweinerotlaufimmunserum.

Bei 35jähr. Studenten unter der rechten Brustwarze, das sich im Verlaufe von 3 Tagen zur Größe von 29 mal 34 cm entwickelte. Am dritten Tage 10 ccm Schweinerotlaufimmunserum ad usum humanum i. m. Am vierten Tage noch geringes Wachstum bemerkbar, dann rasches Abblassen; am siebenten Tage Erythem abgeheilt.

Fischer, E.: 1. Salvarsandermatitis.

27jähr. Pat. Universelle Rötung, Verkrustung und Schuppung, am Hals Nässen. Hohes Fieber schon 2 Wochen. Affektion trat im Laufe der 1. Salvarsankur nach der 5. Injektion auf. Der Arzt verabreichte die Injektionen zu hastig (2mal in der Woche) und selbst nach Auftreten der ersten drohenden Prodromalsymptome weiter. Mäßige Vermehrung der Leukozyten (12700), davon aber 23% Eosinophile. Sonst: 47% Poly., 8,2% Stabk., 17% Ly., 4% Mono., 0,3% Baso., 0,5% Übergangsformen. Therapie: Dauertropfinfusion mit physiologischer Kochsalzlösung, Cardiaca, Thiosulfat; später intravenöse Thiosulfatinjektionen.

Digitized by Google

2. Sarkoid Boeck.

Bei 20jähr. Pat. am Nasenrücken zwanzighellergroßer, runder, scharf begrenzter Krankheitsherd, braunrot, bei Druck spezifisches Infiltrat erkennen lassend, elastisch, hart. Auf 0,2 mg Alttuberkulin subkutan, starke Stich-, keine Herd- noch Allgemeinreaktion. Luotest, WR und MTR negativ. Halsdrüsen beiderseits, vorwiegend rechts vergrößert, hart, indolent. Intern o. B. Histologie bestätigt die klinische Diagnose: ein solides, aus Rund- und Epithelzellen bestehendes Infiltrat erkennen lassend; keine Plasmazellen.

Haber: 1. Hyperkeratosen nach Chrom.

28jähr. Arbeiter. Seit ½ Jahr an Handrücken und Beugeflächen der Unterarme flach erhabene, nicht an die Follikel gebundene, bis kleinlinsengroße Knötchen, die Ähnlichkeit mit juvenilen Warzen besitzen; normales Hautkolorit, schwache Pigmentation. Dadurch erscheinen die gesunden Stellen leicht eingesunken und überpigmentiert, woraus das Bild einer leichten Atrophie an diesen Stellen resultiert. Daneben gleichmäßige und stark ausgebildete Hyperkeratose an beiden Handflächen.

2. Carcinoma mammae.

67jähr. Frau, typisches Krankheitsbild mit multiplen Haut- und Knochenmetastasen.

Weinberger: 1. Ulcus vulvae acutum.

23jähr. Pat. Multiple, linsen- bis hellergroße, eitrig belegte, schmerzhafte Ulcera ad Genitale mit Tendenz zu Rezidiven. In den Geschwüren Bacillus crassus. Nebenbefund papulonekrotisches Tuberkulid an beiden Unterschenkeln und Lupus tumidus im Gesicht.

2. Sklerodermie und Alopezie.

Beginn der Alopezie vor 20 Jahren als areata, die zur universellen führte. Besserung nach Hypophysenbestrahlung. Vor 4 Monaten Sklerodermie. Beide Krankheiten dürften in ursächlicher Beziehung stehen. Die Sklerodermie läßt sich als Folge innersekretorischer Koordinationsstörung deuten.

Kasztor: 1. Lichen planus.

Universelle Aussaat mit Beteiligung der Mundschleimhaut und des Genitales. Nach Rückenmarksbestrahlung Besserung.

2. Neurodermitis universalis tuberosa.

52jähr. Pat., von Beruf Tigerwärter. Seit 6 Jahren Hautjucken. Haut verdickt und pigmentiert, grob chagriniert. An Rücken, Fingern, Nabel einige Zentimeter über das Hautniveau erhabene, tuberkulöse Herde. Am Genitale Neurodermitis alba. Lymphadenitis inguinalis, mäßige Furunkulose. Blutbild: Leukozytose mit Eosinophilie (13%). Im Stuhl als abnormer Befund grampositive, lange, pilzartige Fäden (Leptothrix).

Reiss, E.: Zwei Fälle von Gummen.

Beide draußen verkannt, einer als Lupus des Gesichts, der andere, Gumma des Septums nasi, als Rhinitis behandelt. Durch spezifische Behandlung rasche Besserung.

Fleischmann: Zwei Fälle von Ulcus rodens.

Bezecny: Fall von malignen spitzen Kondylomen (Fantl).

E. Fischer-Prag.

Referatenteil

Fachzeitschriften

Russkij Westnik Dermatologii

1929, Bd. 7, Nr. 5

Davydowskij, J.-Moskau: Zur Frage des Lupus erythematodes acutus.

Es werden 2 Fälle von akutem Lupus erythematodes bei Frauen beschrieben, von denen es sich in dem einen um eine primär-akute Form, in dem zweiten um eine sekundär-akute Form, auf Grund eines L. er. discoides handelte. Beide Fälle kamen zur Sektion. Nach dem histologischen Befund ist der L. er. ac. als eine chronische septische Dermatitis anzusehen. Es handelt sich dabei um wiederholte und länger dauernde

Digitized by Google

Sensibilisierungen des Organismus, welche zu allergisch entzündlichen Reaktionen von vorwiegend histozytärer Natur führen. Den Haut- und Schleimhautveränderungen sind koordiniert chronisch entzündliche Veränderungen des Nerven-Ganglienapparates. Die Erscheinungen von Senilität und frühzeitiger Sklerose der Eileiter in beiden beschriebenen Fällen sprechen für die Bedeutung der Ovarien bei der Entwicklung dieser Hautkrankheit.

Rossijskij-Moskau: Zur Klinik der Lungensyphilis.

41jähr. Frau litt an Kopfschmerzen, Atemnot, Husten mit Auswurf, wiederholter Hämoptoe bei normalen Temperaturen. Tuberkelbazillen wurden nicht gefunden. Vergebliche Behandlung vermuteter Tuberkulose der Lungen. WR —. Eine spez. Kur (20 Inj. Bijochinol und 2 Inj. NS.) brachte Genesung. Es erwies sich, daß der Vater Lues gehabt und sie im 14. Lebensjahr eine Hg-Kur durchgemacht hatte.

Sorinson u. Pechur-Charkow: Purpura haemorrhagica als Komplikation bei der Salvarsantherapie.

Purpura haemorrhagica wird am häufigsten bei Personen mit einem labilen Blutbildungs- und Blutgefäßsystem beobachtet. Diese Komplikation nimmt langsam zu. Bei aufmerksamer klinischer Beobachtung ist es jedoch bisweilen möglich, diese gefährliche Komplikation, dank der Kontrolle der Formel der weißen Blutkörperchen und speziell der Menge der Thrombozyten, zu vermeiden.

Jacobson, W.-Orechowo-Sujewa: Die Behandlung der Sycosis vulgaris mit Smaragdgrün.

Verf. sah, freilich in bloß 5 Fällen, vorzügliche Resultate durch Behandlung der Sycosis vulg. mit Pinselung von Smaragdgrün (1%ige alkohol. Lösung von Chromoxyn).

Dobrotworskaja-Rostow a. D.: Fibroma subungueale multiplex.

38jähr. Syphilitikerin mit zahlreichen, derben, saugwarzenartigen Geschwülsten unterhalb des hinteren Nagelwalles mit Deformationen aller Nägel. Außerdem fanden sich bei der Frau Adenomata sebacea, Papillomatosis linguae und Herabsetzung der Psyche.

Sladkowitsch: Ein Fall von atypischen, multiplen, syphilitischen Schankern.

39jähr. Arbeiter mit 5 Schankern auf dem Dorsum penis und Fehlen der regionären Lymphdrüsenschwellung. Spir. pall. +.

1929, Bd. 7, Nr. 6

Milmann-Taschkent: Ulerythema sycosiforme (Sycosis lupoides).

Die 3 Pat. des Verf. standen im Alter von 40, 28 und 26 Jahren (2 Männer und 1 Frau). Der Sitz der Erkrankung war bei den Männern auf der behaarten Partie der Wangen, bei der Frau auf der behaarten Kopfhaut. Die Erkrankung wird charakterisiert durch rote Flecke, bzw. Streifen, Follikulitiden und Atrophien. Auf der Höhe der Erkrankung lassen sich 3 Zonen erkennen, nämlich eine äußere von narbiger Atrophie, welcher eine erythematöse, die mit zahlreichen Perifollikulitiden besetzt ist, folgt und endlich eine dritte mit erhaltenen Haaren. Histologisch besteht die Erkrankung aus einer kleinzelligen Infiltration, gebildet durch runde Zellen mit gut färbbarem Kern und Plasmazellen und bei älteren Herden aus Atrophie der Haut mit Vernichtung der Haare, der Talg- und teilweise auch der Schweißdrüsen, wie des elastischen Gewebes.

Tonian u. Lewin, W.-Rostow a. D.: Zur Frage der Zurückhaltung des Zuckers im Blut bei einigen Hautkrankheiten.

Als Hyperglykämie ist nach den Verff. bei Untersuchung nach der Hagedorn-Jensenschen Methode ein Zuckergehalt von 0,120%, als Hypoglykämie ein solcher unter 0.06% anzusehen. Hyperglykämie fanden die Verff. in 22%, Hypoglykämie in 8% aller Dermatosen, und zwar erstere bei Hautjucken, Ekzem, Psoriasis vulg., Dermatitis Duhring, Lichen r. pl., Ulc. crurum, Furunkulosis, Acne vulg. und Urtikaria. Eine Hypoglykämie bei Dermatitis exfoliativa, Morbus Addisoni, Lupus vulg., Sklerodermie, Ichthyosis und auch in Fällen von Psoriasis vulg., Ulc. cruris, Furunkulosis.

Kusnezow, W.-Krassnodar: Konstitution und Lepra.

Die Untersuchung von 105 Leprösen, von denen 73.4% Lepra tuberosa und 26.6% Lepra anaesthetica hatten, ergab, daß nach Tschernorutzkis Index 59% den normosthenischen, 27.6% den hypersthenischen und 13,4% den asthenischen Typus hatten.

Selisky, A.-Moskau: Zur Histologie der Acne conglobata.

Es können doppelte und mehrfache Komedonen sowie Komedonarben (Lang) ohne vorhergehende Eiterungsprozesse entstehen. Verf. führt die Bildung der Komedonen auf das aktive Verhalten des Follikelausführungsgangsepithels mit nachfolgender

Digitized by Google

Keratose zurück, wobei als auslösendes Moment die chemisch abnorme Talgsekretion anzusehen ist.

Lewin, A., Neradow u. Tschetschulin-Moskau: Über die giftigen Eigenschaften des Jodkaliums bei intravenöser Injektion.

Die intravenöse Zuführung der Jodkalilösungen bietet eine bedeutende Lebensgefahr infolge der giftigen Eigenschaften derselben. Die Giftwirkung wird erklärt durch die Anwesenheit des K-Ions, welches auf das Herz, und zwar bei großer Menge, lähmend wirkt. Als letale Dosis erwies sich bei Hunden eine Dosis von 0,05—0,2 pro Kilo Gewicht. Für den Menschen kann diese Dosis nicht als maßgebend gelten, da eine individuelle Sensibilität den Kalisalzen gegenüber bestehen kann, so z. B. bei Myocarditis usw.

Russakowa-Kiew: Zur Kasuistik der Recklinghausenschen Krankheit.

Es handelt sich um eine 20jähr. Bäuerin mit einem Riesenschwimmhosennaevus, einer großen Anzahl von Pigmentflecken und Geschwülsten. Die Kranke ist Epileptikerin und leidet ferner an Schwindel. Späte Pubertät. Habitus endocrinoasthenicus. Eosinophilie im Blut.

1929, Bd. 7, Nr. 7.

Pack-Moskau: Zur Frage der Pechhaut und der Teermelanosen.

Verf. konnte bei 50 unter 55 untersuchten Dachpappenarbeitern eine Hyperpigmentation des Gesichts und des Halses, verbunden bei 5 Personen mit Röte, Schwellung und Schelferung, konstatieren. In 47 Fällen sah man noch Komedonen, Follikulitiden und Akne auf den Handrücken, Unterarmen, Oberschenkeln und dem Körper. Als Ursache dieser Erscheinungen sieht Verf. eine Reizung des Epithels der Follikel durch im Steinkohlenteer und in der Naphtha vorkommende Produkte an. Die Hyperpigmentation, wie die Dermatitis, dürften durch die Sensibilisierung der Haut fürs Licht unter Mitwirkung photodynamischer Bestandteile, welche in den genannten Produkten vorhanden sind, bedingt sein. Diese Sensibilisierung braucht nicht nur durch unmittelbare Berührung mit dem schädlichen Agens zustande zu kommen, sondern kann auch durch Einatmen der Dämpfe und Verschlucken des Staubes geschehen.

Danilewskaja-Rostow a. D.: Anorganischer Schwefel im Blut und Schweiß bei Hautkranken.

Bei Psoriasis universalis ist der Gehalt an anorganischem Schwefel sowohl im Blut als auch im Schweiß erhöht, ebenso bei Lichen ruber planus, Lupus erythematosus, Pruritus nervosus und Seborrhoe. Bei akutem und subakutem Ekzem ist der Schwefelgehalt im Blut vermehrt, bei chronischem Ekzem dagegen vermindert. Beim tiefen Hautkrebs findet sich eine Zunahme des Schwefelgehaltes im Blut. Endlich ist bei Morbus Addisoni der Schwefelgehalt im Blut enorm gesteigert.

Prokoptschuk-Minsk: Die Schambergsche Krankheit.

In dem einen der beiden beschriebenen Fälle war dieselbe kombiniert mit Lupus erythematodes und Zyanose, im anderen mit Syphilis, so daß, nach Ansicht des Verf., in ersteren die vorhandenen Gefäßstörungen, im zweiten die durch Anwendung von Hg und Bi hervorgerufenen Gefäßstörungen die Schambergsche Krankheit veranlassen konnten.

Dmitriew-Kasan: Zur Frage des Nachweises versteckter Gonokokken durch die Spermakultur.

Verf. konnte bei 30 Personen mit chronischer Blennorrhoe in 4 Fällen durch die Spermakultur nach der Methode von Guépin Gonokokken nachweisen.

Salkind-Leningrad: Zur Frage der Anwendung des Schwefels in homöopathischen Dosen bei Furunkulose und anderen Dermatosen.

Auf Grund eigener Versuche mit Jodschwefel nach Bier in homöopathischer Dosis überzeugte sich Verf. von der guten Wirkung desselben bei Furunkulose und Hydroadenitis.

Feldmann, A., u. Wernke-Odessa: Über die Behandlung von Sehnervenatrophie bei Tabes dorsalis mit Wismut.

Von 17 Tabesfällen mit Sehnervenatrophie, welche mit Bi behandelt wurden, kam es in 9 schon nach der ersten Kur zu einer Besserung, während in 6 der Zustand unverändert blieb und in 2 sich verschlimmerte. Bei länger dauernder Behandlung und Beobachtung kam es unter 15 kombiniert behandelten Kranken bei 8 zu einer bedeutenden Besserung, bei 1 zu einer unbedeutenden Besserung, bei 4 zum Stillstand des Prozesses und bei 2 zu einer Verschlimmerung.

Digitized by Google

Saradshew-Leningrad: Ein Fall von begrenzter, angeborener, anormaler Entwicklung der Haut auf dem behaarten Kopf.

Es fanden sich bei einem 9 Monate alten Kinde auf dem Kopfe 6 runde der Haare beraubte Herde, die im Zentrum eingesunken und mit einem zarten Häutchen bedeckt waren, während sich die Ränder wallartig erhoben. Bei 3 Herden ließ sich unterhalb des Häutchens eine geringe Flüssigkeitsmenge nachweisen, die sich bei Kopfneigung vermehrte und durch 3 mm große Öffnungen aus der Schädelhöhle hervorquoll.

Golomb, u. Faingold-Odessa: Ein Fall von Acrodermatitis chronica symmetrica, kombiniert mit Anetodermie und Sklerodermie.

56jähr. Frau mit seit 20 Jahren bestehender Acrodermatitis chronica in Kombination mit Herden von Sklerodermie auf den Fußrücken und von 20—25 Herden von Anetodermie auf den Oberschenkeln und dem Gesäß. A. Jordan-Moskau.

Acta Dermatologica

1929, Bd. 13, H. 5

Mukai, T.: Über Pemphigus vegetans. S. 475.

Hashiguchi, M.: Generalized Symptoms in Experimental Frambesia with Special Reference to the Clinical and Histological Features of the Cutaneous Manifestation (Allgemeinsymptome bei experimenteller Framboësie mit besonderer Berücksichtigung der klinischen und histologischen Charaktere der Hauterscheinungen) S. 531.

Bei 120 mit Framboësie infizierten Kaninchen traten in 9,16% nach 40—114 Tagen Hauterscheinungen auf. Man konnte krustöse, squamöse Übergangspapeln und Roseolen unterscheiden. Die meist spärlichen Papeln sitzen vor allem auf Kopf, Gesicht, Glutäalgegend, Schwanz, perianal und genital. Spirochäten finden sich auf der Höhe des Prozesses in den Papeln, nicht in den Roseolen. Syphilitische und Framboësiepapeln zeigen klinisch und histologisch keine bemerkenswerten Verschiedenheiten.

Umeda, T.: The Action of Several Hetero-Serums on the Movement of Ciliated Epithelium (A Study in Tissue-Culture Method) (Die Wirkung verschiedener Heterosera auf die Bewegung der Wimperepithelien [Untersuchungen mit Gewebskulturen]) S. 558.

Beobachtungen der Wimperbewegung am Pharyngealepithel von Rana esculenta. Beobachtungen über die Beschleunigung dieser Bewegung durch das Blut kalt- und warmblütiger Tiere.

Shibata, S.: Experimental Study of Tar. The Pharmacological Action of the Basic Portion of Bituminous-Coal-Tar (Experimentelle Versuche über Teer. Die pharmakologische Wirkung der basischen Portion des bituminösen Steinkohlenteers) S. 565.

Versuche über die Wirkung verschiedener Fraktionen des Steinkohlenteers auf die Haut verschiedener Versuchstiere und über die toxischen Einwirkungen nach subkutaner Injektion derselben.

Bd. 13, H. 6

Yamamoto, T.: Studien über Spirochätenfärbung. I. Mitteilung: Untersuchung der pallidafärbenden Farbstoffe. S. 674.

Y. hat gegenüber den bisher in der Literatur bekannt gegebenen Farbstoffen für Spirochätendarstellung (auch mit Negativfärbung) 452 Farbstoffe gefunden, die in wässriger Lösung oder ausnahmsweise unter Hinzufügung von Karbolsäure die Pallida färben oder ungefärbt im Kontrast zur gefärbten Umgebung erkennen lassen. Aufzählung derselben.

Yoshida, S.: Paget's Disease. Extra-Mammary (Penis) Paget's Disease (Pagetsche Krankheit. Außerhalb der Mamma am Penis lokalisierte Pagetsche Krankheit). S. 702.

Drei Fälle von Pagetscher Krankheit am phimotischen Penis, Männer von 34, 50, 34 Jahren, bei denen die Affektion 4—14 Jahre bestand. Die Affektion saß bei allen am Sulcus coronarius. Histologisch das typische Bild der Pagetschen Krankheit mit Epidermishypertrophie, epithelialem Ödem, Proliferation der Retezapfen in das Korium, Pagetschen Zellen und Zellinfiltration im Korium.

Digitized by Google

Bd. 14, H. 1

Umeda, T., u. F. Takatsu: The Influence of Ultraviolett Rays on the Movement of the Epithelium of the Urinary Bladder in Vitro (A Study in Tissue-Culture method) (Die Wirkung der ultravioletten Strahlen auf die Bewegung des Epithels der Harnblase in vitro — Untersuchungen mit der Gewebskulturmethode). S. 10.

Untersuchungen am gezüchteten Epithel von Rana esculenta.

Yamamoto, T.: Studien über Spirochätenfärbung. II. Mitteilung: Zusammenhang zwischen den Eigenschaften der Farbstoffe und der Spirochätenfärbung. S. 77.

Am besten färben die Triphenylmethanfarbstoffe die Pallida. Auch unter den Farbstoffen, die ein negatives Bild der Spirochäten auf gefärbten Grunde geben, finden sich am reichlichsten solche der Triphenylmethangruppe.

Shibata, S.: Eperimental Study of Tars. The Action of Tar Obtained from Crude Petroleum by Distillation (Experimentelle Untersuchungen über Teere. Die Wirkung des durch Destillation rohen Petroleums gewonnenen Teers). S. 94.

Yoshida, S.: Zur Bowenschen Dermatose. S. 108.

72jähr. Frau; vor 10 Jahren erbsengroße krustöse Effloreszenz an der Hinterfläche des linken Oberschenkels, die im Laufe der Zeit bis Hühnereigröße wuchs. Histologisch das charakteristische Bild der Bowenschen Krankheit. F. Juliusberg-Braunschweig.

Dermatologia (ungarisch)

1929, Bd. 3, Nr. 3

Heller, J.-Charlottenburg: Geschlechtskrankheiten und Unfall. S. 73.

Nach der Definition des Unfalls werden die Beziehungen der Geschlechtskrankheiten zum Unfall, bzw. zu den Rentenanforderungen, die sich aus dem Zusammenhange mit diesen Erkrankungen ergeben, einzeln und ausführlich besprochen. Es werden die Entscheidungen des RVG. zahlreich angeführt.

Balassa, B.-Budapest: Einige neue Indikationen der Proteintherapie. S. 82.

Weitgehende Besserungen nach Injektionen von Cibalbumin bei Leukoplakie, Ulkus und Dermatitis e radiis Röntgen, Elephantiasis cruris nach chronischem Erysipel, Lichen planus, Follikulitis und Perifolliculitis suffodiens, rezidivierendem Herpes labialis, Pemphigus der Mundschleimhaut; weniger bei Kraurosis vulvae. Der Erfolg hängt von der Reaktionsweise und den Kräften des betreffenden Individuums ab.

1929, Bd. 3, Nr. 4

Juster, E.-Paris: Die neuro-humoro-zirkulatorischen Dermatosen. S. 103.

Schluß folgt.

Tommasi, L.-Siena: Über die sogenannte exotische Syphilis. S. 108.

Wie bei jeder anderen Infektionskrankheit ist die Lokalisation von zwei Faktoren abhängig: Eigenschaften des Virus und lokale Anziehung. Diese letztere wird von Reizungen und Veränderungen der Widerstandsfähigkeit beherrscht. Die größere Akuität und Dermotropie der exotischen Syphilis hat seine Ursache in mehreren Umständen: 1. weil man sich durch Jahrhunderte wenig oder gar nicht gegen sie gewehrt hat; 2. die Haut treffenden traumatischen Einwirkungen bewirken das Haften der Spirochäten in ihr; 3. die individuellen abortiven oder Frühkuren fehlen; 4. die häufige und reichliche Lokalisation in der Haut hat eine schützende Wirkung, das Zentralnervensystem betreffend.

Beretvás, L.-Palermo: Fall von ausgedehntem subkutanem Angioma cavernosum der oberen Extremität. S. 116.

27 Jahre alter Beamter. Der kranke Arm kürzer als der gesunde. Der sichtbare Prozeß entwickelter auf der Hand, abnehmend gegen die Schulter zu. Die Haut sehr verdünnt, dunkelbläulich gefärbt, unebene, knorrige, geschwollene Oberfläche. Auf Berührung das Gefühl eines Luftkissens; zahlreiche kleine, harte, bewegliche Körperchen, unter Druck knirschend. Röntgenbefund: Vorhandensein einer großen Anzahl rundlicher Schatten von knochenähnlicher Undurchsichtigkeit, die ganze Extremität entlang und auch darüber hinaus auf der äußeren Fläche der Brust verstreut. An allen Knochen schwere Veränderungen; diese bezeugen den verheerenden, fortschreitenden Charakter des Prozesses, der gewiß nicht nur von nutritiven Störungen herrührt, sondern auch von mechanischen Einwirkungen der venösen Höhlen auf die Knochen.

K. v. Berde-Szeged.

Digitized by Google

Česká Dermatologie

Jahrgang 10, 1929, Nr. 4

Dohnalová, J.-Ungarisch-Brod: Malignes anthrakotisches Ödem des Gesichts. In dem mitgeteilten Falle, betreffend einen 60jähr. Fleischer, begann die Krankheit mit einem roten, schmerzlosen, teigigen Ödem der Nase und der angrenzenden Partien des Gesichts. Hierauf entstanden auf der kranken Partie und in deren Umgebung hämorrhagische Pusteln, aus denen sich eine schwarze, harte, festhaftende Borke bildete. Sodann entstanden auf der hyperämischen und ödematösen Haut, symmetrisch auf beiden Wangen, schmetterlingartig, Pemphigusblasen von Stecknadelkopf- bis Erbsengröße, teils solitär, teils konfluierend, mit klarem oder hämorrhagischem Inhalt und dünner Decke, die zu gelbbraunen Krusten eintrockneten. Im mikroskopischen Präparat wurden Anthraxbazillen konstatiert. Heilung. (1 Abbildung.)

Gawalowski, K.-Prag: Lupus erythematodes acutus. (Schluß.) Der Lupus erythematodes acutus dürfte dieselbe Ätiologie haben wie der Lupus erythematodes discoides. Eine tuberkulöse Ätiologie ist in manchen Fällen nicht auszuschließen, ist aber auch nicht nachzuweisen. Dasselbe gilt für die Streptokokkenätiologie. Die Theorie des Lymphogranuloms schließt eine einheitliche Theorie eines unbekannten infektiösen Agens nicht aus, wobei nicht zu entscheiden ist, ob die Erkrankung der Haut oder jene der Knoten das Primäre ist, obwohl die Fälle d'emblée für eine primäre Affektion der Knoten sprechen. Dieses unbekannte infektiöse Agens führt zu toxischen Störungen des Organismus und verursacht eine gesteigerte Empfänglichkeit und herabgesetzte Resistenz gegen verschiedene andere Infektionen, speziell gegen Tuberkulose und Streptokokken, und steigert die Empfindlichkeit der Haut gegen physikalische und chemische Einflüsse.

Jahrgang 10, 1929, Nr. 5

Valentová, O.-Prag: Lupus erythematodes und vulgaris. Bei einem 27jähr. Mann, der seit dem 13. Lebensjahr an Lupus vulgaris gelitten hatte, wurde der lupöse Herd, der fast die ganze linke Wange einnahm, exzidiert und der Defekt mit Bauchhaut gedeckt. 6 Wochen nach der Operation begann die Entwicklung eines Lupus erythematodes discoides auf der rechten Wange, der Nase, den Ohrmuscheln und am Kinn. Trotz deutlich symmetrischer Anordnung der Flecke blieb die Haut der linken Wange, die implantierte Bauchhaut, während der ganzen Beobachtungsdauer gesund, worin der Verf. einen Beweis für die spezielle Disposition der Gesichtshaut zu Lupus erythematodes erblickt.

Měska, A.: Persönliche Prophylaxe der Geschlechtskrankheiten. Übersicht der gegenwärtig üblichen prophylaktischen Methoden mit anschließender kritischen Bemerkungen.

Polák, O.-Prag: Injektionstherapie der Varizen mit Varicophtin. Die Therapie hat sich dem Verf. besonders gut bewährt. Die Injektion muß streng appliziert werden, weil paravenöse Injektionen schlecht heilende Nekrosen zur Folge haben. Die Obliteration der Venen geht rasch vor sich und der kosmetische Effekt im positiven Sinne bleibt ebenfalls nicht aus. G. Mühlstein-Prag.

Mitteilungen aus der Literatur

Mund und Nase

Meisel, H., u. E. Mikulaszek: Sur les substance réductrices dans les souches muqueuses et non muqueuses du Bacille rhinosclérome (Über reduzierende Substanzen in den schleimigen und nicht schleimigen Stämmen des Rhinosklerombazillus. Compt. rend. Soc. Biol., Bd. 102, Nr. 26, S. 85.

Die amerikanischen Autoren haben biologische Unterschiede zwischen Stämmen festgestellt, die teils feuchte Kolonien mit rundlichen Rändern („smooth" = S) oder trockene mit unregelmäßigen Rändern („rough" = R) geben. Die Menge der von ersteren erhaltenen reduzierenden Substanzen ist eine größere; die chemische

Digitized by Google

Zusammensetzung der beiden Typen unterscheidet sich bedeutend in dem Verhältnis der Polysaccharide, die im Typus R völlig schwinden können. Man kann danach annehmen, daß die Herstellung der spezifischen löslichen Substanz aus ihm sehr schwierig sein wird. E. Levin-Berlin.

Haare und Nägel

Forster, A.-Würzburg: Beeinflussung des Haarwachstums durch äußerliche Mittel. (Pharmakol. Inst. d. Univ.) Arch. f. exper. Path., Bd. 144, H. 5/6, S. 363.

Untersucht wurden Silvikrin, Haarferment Dr. Voss, Dakrysol und das in letzter Zeit dem Publikum in großer Aufmachung angepriesene Trilysin, Präparate, die angeblich eine „spezifische", fördernde Wirkung auf den Haarstoffwechsel haben sollen. Als Versuchstiere wurden Katzen verwendet. Da die mit indifferenten Kontrollmitteln (Vaseline, 50% Alkohol) oder leichten Hautreizmitteln erzielten Erfolge denen der genannten Haarwuchsmittel zumindest gleichwertig waren oder sie zumeist gar übertrafen, erübrigt sich jede Diskussion über eine „Spezifität" der betreffenden Präparate. (Bestätigung eigener mit Hans Kähler zusammen publizierter Untersuchungen, die uns zur Ablehnung der Jaffé schen Cholesterinhypothese veranlaßten und zur Ablehnung des angeblichen Haartonikums Trilysin, das sich auf falsch gedeutete tierexperimentelle Beobachtungen stützt. Ref.) K. Linser-Dresden.

Esau-Oschersleben-Bode: Über klimakterische Gesichtsbehaarung. Kl. W., 1929, Nr. 36, S. 1671.

Verf. bringt 2 Fälle von auffallender Gesichtsbehaarung bei Frauen. Der erste betrifft eine 26jähr. Drittgebärende, bei der sich die Behaarung in den ersten Schwangerschaftsmonaten einstellte und die an einem Karzinom beider Ovarien litt. Der zweite eine 66jähr. Frau, bei der sich mit Einsetzen des Klimakteriums eine sehr starke Behaarung am Körper und im Gesicht entwickelte und zugleich eine große Glatze bestand. Anzeichen endokriner Störungen waren hier nicht festzustellen. Bei der Mutter sollen die gleichen Erscheinungen vorhanden gewesen sein.

Frei-Berlin.

Rogers, R. B.: Alopecia Areata with Particular Reference to Etiology (Alopecia areata mit besonderer Berücksichtigung der Ätiologie). J. Am. m. Ass., Bd. 93, Nr. 12, S. 919.

Der 37jähr. Pat. hatte dreimal, stets nach der Geburt eines lebenden Kindes, eine Alopecia areata bekommen; nach der Geburt eines totgeborenen Kindes trat die Affektion nicht auf. Nach Rogers ist die einzige Erklärung für die wiederholten Ausbrüche eine latente Angstneurose zur Zeit der Geburt, bedingt durch die Sorgen über die höheren Kosten durch Zutritt eines weiteren Kindes.

F. Juliusberg-Braunschweig.

Stiefler, G.-Linz (Donau): Alopecia universalis bei Polyneuritis. (Psychiatr. u. neurol. Abt. d. allg. Krankenhauses.) D. Zschr. f. Nervenhlk., Bd. 110, H. 1/3, S. 1.

Ein 17- und ein 18jähr. Mädchen erkranken an Schmerzen und Parästhesien, besonders an den Beinen. Es stellt sich schlaffe Parese beider Beine ein, die zu völliger Bewegungslosigkeit führt. Wenige Tage später setzt diffuser Haarausfall ein, so daß es zu völliger Kahlheit des Kopfes kommt. Auch Achseln, Augenbrauen und Schamhaare lichten sich. Mit Wiederherstellung der Bewegungsfähigkeit wachsen auch alle Haare wieder. Ein ähnlicher Zusammenhang zwischen Alopezie und Polyneuritis ist bisher nicht bekannt. F. Rosenthal-Berlin.

Buschke, A.-Berlin: Thallium. D. m. W., 1929, Nr. 37, S. 1546.

Die spezifischen Wirkungen des Thalliums kommen im wesentlichen durch Beeinflussung des vegetativ-endokrinen Systems zustande. Zur Vermeidung von Nebenwirkungen, die in Nierenreizung, Darmerscheinungen, Exanthemen, neuralgischen Schmerzen, bei starker Vergiftung in Bewußtseinsstörungen, Sprechstörungen und Lähmungen, eventuell Exitus bestehen, ist exakteste Dosierung notwendig (8 mg pro Kilogramm). In manchen Gegenden, in denen der endokrine Apparat anders abgestimmt ist — die Höhenlage des Ortes scheint von Bedeutung zu sein — kommt man mit geringeren Dosen aus. In anderen Gegenden wiederum, wo größere Dosen erforderlich sind, sollte von der Verwendung des Thallium Abstand genommen werden, das überhaupt nur bei Massenbehandlung von gesunden, vor der Pubertät stehenden Kindern zur Epilation herangezogen werden soll. Die Kombination mit Röntgentherapie kann erfolgreich sein, ist aber unsicher. F. Harry-Wiesbaden.

Digitized by Google

Deutsch, J.-Leipzig: Ein Fall von akuter Thalliumvergiftung mit Zelio-Rattengiftkörnern. (Psychiatr. u. Nervenkl. d. Univ.) Kl. W., 1929, Nr. 44, S. 2052.

Bericht über einen — mißlungenen — Suizidversuch, der die von Buschke, Loewenstein und Joel beschriebenen spezifischen und unspezifischen Charakteristika der Thalliumvergiftung aufwies. In Übereinstimmung mit Buschke und Langer Warnung vor dem freihändigen Verkauf thalliumhaltiger Zeliopräparate. Frei-Berlin.

Beer, H.-Wien: Das Haematoma unguale traumaticum. M. m. W., 1929, Nr. 34, S. 1635.

Durch chirurgisches Vorgehen bei Behandlung dieses Leidens hat Verf. eine Herabsetzung der Schmerzhaftigkeit und Abkürzung der Zeit der Arbeitsunfähigkeit erzielen können. In der Gegend der Lunula wird mit einem spitzen Skalpell der Nagel seitlich abgehoben und dem Blut dadurch Abfluß verschafft. Der Eingriff ist nicht schmerzhaft. Das sich bis zum nächsten Tag ansammelnde blutig-seröse Sekret wird auf dieselbe Weise entfernt. Dies wird so lange fortgesetzt, bis keine Flüssigkeit mehr auftritt. Da sich zwischen Nagel und Matrix keine Zwischenlage mehr befindet, verwachsen beide wieder in 5—8 Tagen. Durch aseptisches Vorgehen und sterile Verbände ist Infektion unwahrscheinlich. Sprafke-Chemnitz.

Dermatomykosen

Bruhns, C., A. Alexander u. E. Kadisch-Charlottenburg: Zur Kenntnis der Infektionsquellen bei Pilzerkrankungen der Haut. (Dermatol. Abt. d. Städt. Krankenhauses.) M. Kl., 1929, Nr. 46, S. 1769.

Die in den Kriegsjahren beobachteten tiefen infiltrierten Pilzerkrankungen sind an Häufigkeit gegenüber den oberflächlichen zurückgetreten, die man jetzt besonders an Händen und Füßen findet. Hier handelt es sich um Trichophytie- und Sooreinfektionen, die zwischen Fingern und Zehen und an den Fußsohlen Erscheinungen hervorrufen, die bis vor kurzem großenteils für intertriginöse Ekzeme gehalten worden sind. Die für Pilzerkrankungen charakteristische bogenförmige serpiginöse Begrenzung ist bei ihnen nicht immer vorhanden; trotzdem sind die meisten derartigen juckenden schuppenden, nässenden, bläschenförmigen Erkrankungen parasitärer Natur und entsprechend nicht mit milder Ekzemtherapie, sondern mit Jodtinktur, Teerpinselungen, Schwefel-, Resorzin-, Lenigallolsalben zu behandeln. Auch unter den Mammae und in den Inguinalfalten finden sich ähnliche Erkrankungen. Als Erreger kommt der Kaufmann-Wolfsche Pilz, Epidermophyton inguinale und der Soorpilz in Betracht, die für die Behandlung gleichgültige Unterscheidung kann nur durch die Kultur gegeben werden. Die Ansteckung scheint vielfach in Badeanstalten zu erfolgen; die Möglichkeit ist dadurch gegeben, daß für eine ganze Reihe von Pilzen (Achorion gypseum, Trich. gypseum asteroides, radiolatum, cerebriforme, Epidermophyton Kaufmann-Wolf und inguinale, Achorion Quinckeanum) ein Weiterwachsen auf Seide, Wolle, Leder, Leinen, Kehricht, Vogelfedern, Schutt, Holz, Stroh, Mist, Strohmist, Erde, Torf nachgewiesen ist. Es erklärt sich hieraus, daß öfters vollkommen geheilte Kranke neue Krankheitserscheinungen zeigten, die von infizierten Kleidungsstücken ausgegangen zu sein schienen. Auf eine ausreichende Desinfektion dieser ist daher mehr zu achten, besonders da eine Immunität durch die oberflächlichen Erkrankungen nicht geschaffen wird. E. Levin-Berlin.

Alexander, A.-Charlottenburg: Über die Hautmykosen und deren Verbreitung und Bekämpfung. (Dermatol. Abt. d. Städt. Krankenhauses.) Kl. W., 1929, Nr. 41, S. 1919.

Übersichtliche und instruktive Besprechung der Pilzerkrankungen der Haut hauptsächlich vom epidemiologischen und sozialhygienischen Standpunkt. Im vorliegenden ersten Aufsatz wird die Mikrosporie und die tiefe Form der Trichophytie behandelt. Frei-Berlin.

Alexander, A.-Charlottenburg: Über die Hautmykosen und deren Verbreitung und Bekämpfung. (Dermatol. Abt. d. Städt. Krankenhauses.) Kl. W., 1929, Nr. 42, S. 1965.

In Fortsetzung seiner Ausführungen bespricht A. den Favus, die Epidermophytien, ferner nur kurz den vom epidemiologischen Standpunkt wenig bedeutsamen Hautsoor und endlich auch die Schizosaccharomykosen Benedeks, die er bei aller Hochachtung vor den wissenschaftlichen Leistungen des Entdeckers noch nicht als gesichertes Gut der Wissenschaft hinnehmen möchte. Frei-Berlin.

Digitized by Google

Kadisch, E.-Charlottenburg: Zur Dermatotropie der Dermatophyten. (Dermatol. Abt. d. Krankenhauses.) Kl. W., 1929, Nr. 42, S. 1956.

In zahlreichen Versuchen auf den verschiedensten Nährböden hat sich immer wieder ergeben, daß die pathogenen Hautpilze bei einer Temperatur von 27° besseres Wachstum zeigen als von 37°. In dieser Neigung der Pilze für niedere Temperaturen ist wahrscheinlich die Ursache für ihre Dermatotropie zu erblicken.

Frei-Berlin.

Milochevitch, S.-Hamburg: Das Wachstum und die Wachstumsformen des Soorpilzes auf verschiedenen Nährböden, besonders auf solchen, die aus Extrakten aus Körperorganen hergestellt wurden. (Forschungs-Inst. f. Schimmelpilze und Hefen am Eppendorfer Krankenhaus.) Zbl. f. Bakt., Bd. 114, H. 3, S. 174.

Der Soorpilz gedeiht am besten auf Leberagar und Leberbouillon. Es folgen dann Blut-, Nieren- und Milzagar, gewöhnliche Bouillon, Nieren- und Lungenbouillon. Am schlechtesten entwickelt sich der Soorpilz auf Pepton-, Gehirn-, Schilddrüsenagar, Urin, Schilddrüsenbouillon, Peptonwasser, Rindergalle und auf den Nährböden nach Raulin und Sauton. Stark myzelfördernd wirken Lungen-, Schilddrüsen-, Hoden-, Gehirn- und gewöhnliche Bouillon. Die Neigung des Soorpilzes zu Myzelbildung geht parallel mit der Oberflächenaktivität des Substrates. Die Wasserstoffionenkonzentration beeinflußt das quantitative Wachstum — das Optimum liegt bei pH 6,0 —, während das qualitative Wachstum von ihr unabhängig ist.

F. Harry-Wiesbaden.

Peck, S. M.-New York: Epidermophytide in der Form post-skarlatinöser Schuppungen an den Händen. (Dermatol. Kl. Zürich.) Kl. W., 1929, Nr. 29, S. 1357.

Ein 8jähr. Knabe, der einige Wochen zuvor an Halsschmerzen gelitten hatte, sonst nie krank gewesen war, speziell keinen Ausschlag gehabt hatte, wird von amtsärztlicher Seite mit der Diagnose „postskarlatiniforme Desquamation" aus der Schule genommen und isoliert. Den Grund bot die Feststellung, daß Patient an den Händen eine ausgesprochene an den Handflächen, auf der Beugeseite der Finger und vor allem auch in den Fingergelenkfalten lokalisierte, lamelläse Schuppenbildung aufwies, die von einer postskarlatinösen Desquamation nicht zu unterscheiden war. Es fanden sich an beiden Füßen zahlreiche, zum Teil isolierte, zum Teil herdförmig vereinigte Bläschen von dyshidrotischem Charakter und Pustelchen; in den Bläschendecken konnten mikroskopisch und kulturell Pilze nachgewiesen werden; der Pilzstamm entsprach der Kaufmann-Wolfschen Epidermophytonart. Die Untersuchung der Schuppen auf Pilze an den Händen verlief vollständig negativ. Verf. erblickt die Bedeutung dieser Mitteilung darin, daß man durch ähnlich liegende Fälle aufmerksam gemacht in Zukunft bei sogenannten postskarlatinösen Desquamationen nicht nur an ein Scharlach-, sondern auch an ein squamöses Epidermophytid denken muß.

T. Benedek-Leipzig.

Peck, S. M.-New York: Nachweis von Epidermophyton im Blut in einem Falle von primärer, exogener Fußmykose mit sekundärem, hämotogenem, dyshidrotischem Epidermophytid an den Händen. (Dermatol. Univ.-Kl. Zürich.) Kl. W., 1929, Nr. 41, S. 1905.

Der in der Überschrift angegebene Nachweis gelang bei einem relativ akuten Fall 2 Stunden nach einer Trichophytininjektion. Frei-Berlin.

Legge, R. T., L. Bonar u. H. J. Templeton: Incidence of Foot Ringworm Among College Students (Das Vorkommen von Trichophytien der Füße bei Studierenden). J. Am. m. Ass., Bd. 93, Nr. 3, S. 170.

Verf. bringt vergleichende Zahlen über das Vorkommen von Fuß- und Unterschenkeltrichophytien bei männlichen und weiblichen Studierenden. Vorwiegend sind die Männer befallen. Nach Meinung des Verf. hängt diese Tatsache damit zusammen, daß die Frauen ein weit hygieniescheres Fußzeug gebrauchen als jene. Bei Mädchen, denen das Barfußgehen in Turnhallen, beim Baden usw. verboten war, wurden sogar nur 2% Trichophytie festgestellt. P. Seier-Heidelberg.

Wilenczyk, A.: Obtention de Trichophyton violaceum et de Trichophyton granulosum à partir d'éruption cutanées portées par en même sujet. Pléomorphisme de Trichophyton violaceum (Trichophyton violaceum und Trichophyton granulosum von bei derselben Person befindlichen Hauteruptionen gezüchtet. Pleomorphismus des Trichophyton violaceum). Compt. rend. Soc. Biol., Bd. 102, Nr. 26, S. 109.

Von einer Kranken mit Mykose an verschiedenen Körperteilen wurden Kulturen gezüchtet, die teils dem Trichophyton violaceum teils dem Trichophyton granulosum

Digitized by Google

entsprachen. Die Annahme, daß die Kranke mit diesen beiden Pilzen infiziert worden war, wird abgelehnt, vielmehr handelt es sich um einen Pleomorphismus des Trichophyton violaceum, das bei Züchtung bei niederer Temperatur und besonders bei Änderungen der Konzentration des Nährbodens durch Wasserverdunstung den Charakter des Trichophyton granulosum annimmt. E. Levin-Berlin.

Wilenczyk, A.: Forme atypique de Trichophyton granulosum cultivée à partir d'une éruption trichophytique de la peau humaine (Atypische Form von Trichophyton granulosum, ausgehend von einer trichophytischen Eruption der menschlichen Haut gezüchtet). Compt. rend. Soc. Biol., Bd. 102, Nr. 26, S. 115.

Von einem Herpes tonsurans gewonnenes Material gab auf Sabouraudschem Nährboden eine dem Trichophyton granulosum ähnelnde Kultur, die sich jedoch von ihm dadurch unterschied, daß sich aus dem Myzel kurze Fäden erhoben, die sich sehr schnell in Arthrosporen teilten, so daß sie an Streptokokken erinnerten. Diese Bildung von Arthrosporen findet sonst nur unter den natürlichen Verhältnissen am Haar statt. E. Levin-Berlin.

Negroni, P.: Un nouveau Trichophyton endothrix, Trichophyton areolatum n. sp. (Ein neues Trichophyton endothrix, Trichophyton areolatum n. sp.). Ann. Parasitol., Bd. 7, Nr. 5, S. 438.

Der Pilz wurde von einer ganz gewöhnlichen Hauttrichophytie eines 2jährigen Kindes isoliert. In der ersten Zeit seines Wachstums ähnelt er sehr dem Tr. acuminatum. Innerhalb eines Monats mißt er 4 cm im Durchmesser und sieht aus wie eine Kokarde. Die Mitte ist schmutzig purpurrot und mißt ungefähr 2 cm im Durchmesser. Von außen her sind 4 Ringe zu unterscheiden, ein rötlicher, ein weißlicher, ein schmutzig weißer und ein gestreifter vierter Ring, der die Ausbreitung des Myzels darstellt. Die verschiedenen Eigenschaften des Pilzes (Konidienbildung, Glykogenverteilung u. a. m.) werden ausführlich mit Abbildungen beschrieben.

Ruge-Hamburg.

Negroni, P.: Sur une nouvelle espèce de Saccharomyces, S. annulatus n. sp. (Über eine neue Art von Saccharomyzes). Ann. Parasitol., Bd. 7, Nr. 4, S. 303.

Die Hefe stammt aus einem Nebenhodenabszeß. Die Ausstriche und die Kulturen zeigten ständig ovale oder längliche Hefeformen. Die ersten Kulturen haben schon zur Feststellung von Askusbildung geführt. Die Aski enthalten 1—4 runde, glatte, am Äquator mit einem vorspringenden Ring versehene Askosporen. Die Hefe ist 11,5—4 μ bis 6,5—3 μ groß und bildet auf Bierwürzeagar eine zusammenfließende schmutzig weiße, cremeartige, feuchtglänzende Kolonie. T. Benedek-Leipzig.

Schuyler-Pulford, D., u. E. E. Larson: Coccidioidal Granuloma: Report of a Case Treated by Intravenous Dye, Colloidal Lead and Colloidal Copper, with Autopsy Observations (Granuloma coccidioides. Bericht über einen Fall, der intravenös mit Farbstoffen, kolloidalem Blei und Kupfer behandelt wurde, mit Autopsiebefund). J. Am. m. Ass., Bd. 93, Nr. 14, S. 1049.

Das Granuloma coccidioides, verursacht durch Oidium coccidioides, kommt viel häufiger vor, als man annimmt; obwohl nur 95 Fälle in der medizinischen Literatur veröffentlicht wurden, kennt das Gesundheitsamt des Staates Kalifornia 175 Fälle; der Hauptherd der Krankheit ist das St. Joaquinthal in Kalifornien. Sicherlich werden viele Fälle für Tuberkulose gehalten. Die Haupteingangspforten des Virus sind Haut und Lungen. Die Majorität der Fälle betrifft Männer der arbeitenden Klassen. Die Hauptveränderungen sitzen in der Haut, den Lungen und Knochen und bestehen in Granulomen und kalten Abszessen. Die Hautveränderungen ähneln denen der Tuberkulose, Syphilis und Blastomykose. Sitzt der erste Herd in der Haut oder in einem Gelenk der Extremität, so ist durch Amputation Heilung möglich; nach der Verallgemeinerung tritt fast immer der Tod ein. Der Erreger, das Oidium coccidioides, findet sich im Gewebe als kugeliger Körper von 7—40 μ Durchmesser; er hat eine doppelt konturierte, stark lichtbrechende Kapsel; Vermehrung durch Endosporulation. Darstellung der Geschichte der Krankheit. Bericht über einen Fall mit Sektionsbefund. Dieser Fall von verallgemeinerter Infektion bestätigt die Angaben früherer Untersucher. Gentianaviolett und Röntgenstrahlen hatten nur vorübergehenden günstigen Einfluß, kolloidales Blei und Kupfer und Vakzine wirkten überhaupt nicht. Der Tod erfolgte 16 Monate nach der primären Infektion, die offenbar in den Lungen begann. Die Differentialdiagnose zwischen Coccidioides immitis und Blastomyzes kann nur durch den Nachweis der charakteristischen sporenführenden Körper in den Geweben, in Eiter oder Auswurf erfolgen. Der Prozeß der

Digitized by Google

Endosporulation unterscheidet die Mikroorganismen von denen der Blastomykose, welche sich durch Knospung vermehren. Der Erreger läßt sich intravenös, subkutan und intraperitoneal auf Tiere, besonders auf Meerschweinchen übertragen.

F. Juliusberg-Braunschweig.

Cummins, W. T., J. K. Smith u. C. H. Hallidoy: Coccidioidal Granuloma: An Epidemiologic Survey, with a Report of Twentyfour Additional Cases (Granuloma coccidioides. Eine epidemiologische Übersicht. mit Bericht über 24 neue Fälle). J. Am. m. Ass.. Bd. 93, Nr. 14, S. 146.

Die Verfasser veröffentlichen Statistiken über 122 Fälle von Granuloma coccidioides. Wichtig ist, daß Fälle von Granuloma coccidioides häufig als Blastomykose oder Tuberkulose aufgefaßt werden. Ein geheilter Fall war wahrscheinlich Blastomykose. Doch hat die Verwechslung mit Tuberkulose noch größere Bedeutung. Die großen Knochen- und Lungenveränderungen gleichen denen der Tuberkulose, doch fehlt ihnen die Tendenz zu Kavernenbildung in der Lunge und es kommt eher zu ausgedehntem Befallensein der Knochen. Das Röntgogramm liefert kein Material für die Differentialdiagnose, die durch den Nachweis des Erregers und Überimpfung auf männliche Meerschweinchen erfolgt; bei diesen ist die suppurative Orchitis die charakteristische Veränderung. Beim Menschen ist zur Diagnose der akuten Form, bei der keine peripheren Veränderungen bestehen, die Autopsie erforderlich. Die Sterblichkeit ist wahrscheinlich höher als 68%, wie die Tabelle ergibt; denn 13% der 122 Fälle enthalten keine Angaben über den derzeitigen Zustand und endigten wahrscheinlich tödlich. Obwohl das Granuloma coccidioides eine Krankheit der westlichen Staaten ist, kommt es doch auch in anderen Teilen der Vereinigten Staaten vor und in Südamerika, bei Leuten, die nie nach Kalifornien kamen.

F. Juliusberg-Braunschweig.

Tierische Parasiten und Fremdkörper

Steiner, K.-Wien: Über die Behandlung der Pediculosis pubis des Menschen mit „Nissex". (Abt. f. Haut- u. Geschlechtskranke d. Wilhelminen-Spitals.) M. Kl., 1929, Nr. 36, S. 1398.

Das „Nissex" kommt ebenso wie „Cuprex" in flüssiger Form in den Handel, es unterscheidet sich von diesem vorteilhaft durch seine Farblosigkeit, während die Feuergefährlichkeit die gleiche ist. Zur Behandlung empfiehlt es sich, abweichend von der beigegebenen Gebrauchsanweisung, den ganzen Körper des Patienten in ziemlich großer Menge fest einzureiben und ihn dann gut eingepackt ins Bett zu legen; nach 2 Stunden wird die Prozedur wiederholt, dann folgt ein Reinigungsbad. Sollte, was selten ist, damit noch keine Heilung erzielt sein, so ist das Verfahren nach einer Woche zu wiederholen.

E. Levin-Berlin.

Nielsen, L.: Die öffentliche Krätzebehandlung in der Gemeinde Frederiksberg. Hosp. tid.. 1929. Nr. 26. S. 711.

Bei mehr als 3000 Krätzekranken hat N. folgende Schnellkur vorzüglich bewährt gefunden: Nach gründlicher Einreibung des ganzen Körpers mit brauner Kaliseife (nicht mit der gewöhnlichen Haushaltungsseife) während 15 Minuten wird ein warmes Bad (20 Minuten) gegeben, wobei weiter eingerieben und abgebürstet wird. Nach Abtrocknung Bepinseln mit Bürste der Extremitäten, dann des Rumpfes und dann wieder der Extremitäten mit Rp.: Peruskabin, Sapo fuscus und Spiritus dilutus ää 50.0. Lufttrocknung während 15 Minuten. Wiederholung der Einpinselung in der gleichen Weise; Einpudern des ganzen Körpers mit Talkum; die Hände dürfen erst tags darauf gewaschen werden. Bei Scabies pustulosa und bei Kindern soll man lieber von dieser Schmierkur absehen.

A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Akute exanthematische Infektionskrankheiten

Willi, H.-Zürich: Exanthema subitum und Influenza. (Univ.-Kinderkl.) Schweiz. m. W.. 1929, Nr. 38, S. 953.

Nach einem meist akut auftretenden und nach 3 Tagen kritisch abfallenden seltener mehr protrahierten und lytisch schwindenden Fieber tritt ein morbilliformes oder zunächst mehr skarlatiniformes, bisweilen auch rubeoliformes und urtikarielles Exanthem auf, das schnell den ganzen Körper ergreift, in seiner Intensität mehrfach wechselt, innerhalb 48—72 Stunden wieder schwindet. Katarrhalische Entzündungen der Schleimhäute, mäßige Drüsenschwellungen sind meist damit verbunden, in ein-

Digitized by Google

zelnen Fällen Spuren von Albumen. Besonders bemerkenswert sind die bei der Blutuntersuchung sich ergebenden schweren Störungen des myeloischen Systems, die denen einer einfachen Influenza gleichen, wie überhaupt die Symptome beider Krankheiten weitgehend übereinstimmen, so daß sie vielleicht identisch sind. Das Exanthema subitum bevorzugt das Säuglings- und Kleinkindesalter. E. Levin-Berlin.

Happe, H., u. H. Thiele-Berlin-Rummelsburg: Bakteriologisch-epidemiologische Scharlachuntersuchungen. (Hauptgesundheitsamt u. d. Kinder-Kranken-Abt. im Waisenhaus). Arch. f. Kindhlk., Bd. 88, H. 2/3, S. 175.

Die Untersuchung, ob es genügt, daß „Heimkehrfälle" vermieden werden, wenn scharlachgenesene Kinder erst nach dreimal negativer Untersuchung des Rachen- und Nasenabstriches aus der Isolierung entlassen werden, zeigte bei der Verwertung von 539 Fällen, daß es in den meisten Fällen nicht gelang, einen dreimal hintereinander negativen Abstrichbefund aus Mund und Nase zu erzielen und daß bei fast Dreiviertel der Fälle nach Ablauf der üblichen Isolierungsfrist von 6 Wochen die Kinder als Streptokokkenträger entlassen werden mußten. Die bekannt geringfügige Ansteckungsfähigkeit der 6 Wochen isoliert gehaltenen Rekonvaleszenten steht im Gegensatze zu der Erkenntnis, daß durch die bakteriologische Kontrolluntersuchung der Scharlachrekonvaleszenten keine Gewähr zur Verhütung von Heimkehrfällen gegeben wird. F. Winkler-Wien.

Klingberg, O.-Danzig: Soll die Entlassung von Scharlachrekonvaleszenten von bakteriologischen oder klinischen Gesichtspunkten abhängig gemacht werden? (Staatl. hyg. Inst.) M. m. W., 1929, Nr. 44, S. 1833.

K. hat an zwei Serien von Scharlachrekonvaleszenten, deren Entlassung in der ersten Serie von klinischen Gesichtspunkten, in der zweiten vom Ausfall der bakteriologischen Untersuchung auf hämolytische Streptokokken abhängig gemacht worden war, nach sogenannten Heimkehrfällen gefahndet, um so die Frage der Scharlachheilung zu prüfen und die Bedeutung der hämolytischen Streptokokken festzustellen. Veranlassung hierzu hatte der Leitsatz des Preußischen Gesundheitsrates vom November 1927 gegeben, in dem die zuständigen Stellen angewiesen werden, Erfahrungen darüber zu sammeln, ob die Aufhebung der Absonderung der Genesenden vom Ausfall der bakteriologischen Untersuchung des Rachenabstriches auf hämolytische Streptokokken abhängig zu machen ist. Es ergab sich bei Gegenüberstellung beider Reihen eine Prozentzahl von Heimkehrfällen, die sich wie 3,2:3,4 verhielt. Hieraus war zu folgern, daß kein wesentlicher Unterschied hinsichtlich der Infektiosität von Rekonvaleszenten beider Gruppen besteht. Außerdem zeigte sich aus den gleichzeitig vorgenommenen bakteriologischen Untersuchungen, daß negativer Ausfall von Kulturen auf hämolytische Streptokokken keineswegs die Ansteckungsgefahr ausschließt. Sprafke-Chemnitz.

Schottmüller-Hamburg: Heilserumbehandlung und Schutzimpfung bei Scharlach. Mschr. f. Kinderhlk., Bd. 44, H. 1/6, S. 294.

Dem hämolytischen Streptokokkus ist eine ätiologische Bedeutung bei Scharlach unbedingt zuzusprechen; das häufige Vorkommen dieses Keimes in den meisten frischen Fällen, die Möglichkeit, durch Immunisierung von Tieren mit seinem Gift ein günstig wirkendes Serum zu gewinnen, das spezifisch auslöscht, der Dicksche und viele andere überzeugende Gründe zwingen zu dieser Annahme. Das Scharlachserum ist so frühzeitig wie möglich intramuskulär zu injizieren (30—40 ccm konzentriertes oder 50—80 ccm gewöhnliches Immunserum bei mittelschwerer Erkrankung; für Kinder etwa die Hälfte). Das neue Scharlachstreptoserin wirkt weniger günstig. Bei schwersten Scharlachfällen soll möglichst Rekonvaleszentenserum eventuell mittels der einfachen Methode der Bluttransfusion ($^1/_2$—1 Liter) mit herangezogen werden. Die aktive Immunisierung durch dreimalige intramuskuläre Injektion von 1 ccm Scharlachimpfstoff (Behring) ist außerordentlich segensreich. Während einer Epidemie empfiehlt sie Verf. als präventive Impfung für Kinderheime und Internate dringend. R. Ley-Kreuznach.

Pfaundler, M. v.-München: Schutzimpfung und Heilserumbehandlung bei Masern. Mschr. f. Kinderhlk., Bd. 44, H. 1/6, S. 268.

Die Entdeckung des Masernrekonvaleszentenserums (MRS.) bedeutet für die Masernbekämpfung einen wichtigen Fortschritt; die stärkste Schutzkraft zeigt das MRS. etwa eine Woche nach der Entfieberung. Das künstliche Tierschutzserum ist für die Praxis noch als unreif zu bezeichnen; gleichermaßen strittig und unsicher ist die therapeutische Wertigkeit des MRS. bei bereits ausgebrochenen Masern. An-

Digitized by Google

zustreben ist vor allem eine aktive Immunisierung, die Dauerschutz verleiht; hierzu bedarf es einer einwandfreien Gewinnung des Maserngiftstoffes im Laboratorium. Die Impfmethoden etwa nach dem Prinzip TA.-Diphtherieschutzimpfung versprechen den meisten Erfolg. R. Ley-Kreuznach.

Stern, W.-Saaz: Paraskarlatina. Mschr. f. Kinderhlk., Bd. 43, H. 5, S. 499.

Verf. beobachtete bei mehreren Kindern einen scharlachähnlichen Ausschlag am Rumpf und den Beugeseiten der Glieder. Es bestand leichtes Fieber ohne Erbrechen. Gesicht und Mundhöhle waren normal, das Auslöschphänomen fehlte, so daß eine leichte oder aberrante Form des Scharlachs ausgeschlossen werden konnte.

R. Ley-Kreuznach.

Siegl, J., u. K. Rupilius-Graz: Zur Schutzimpfung gegen Varizellen nach Késmárszky. (Univ.-Kinderkl.) Arch. f. Kindhlk., Bd. 88, H. 1, S. 24.

Sechs gegen Varizellen nach Késmárszky schutzgeimpfte Kinder erkrankten ausnahmslos teils besonders leicht, teils unter verlängerter Inkubationszeit. Das Verfahren ist anderen Impfmethoden gegenüber keineswegs überlegen.

R. Ley-Kreuznach.

Sehestedt, H.-Münster i. W.: Schutzimpfung gegen Windpocken. (Univ.-Kinderkl.) Med. Welt, 1929, Nr. 37, S. 1333.

Die Schutzimpfung gegen Windpocken nach dem von v. Késmárszky angegebenen Verfahren brachte in 8 von 13 Fällen völliges Versagen.

H. Ress-Dessau.

Orosz, D.-Pecs: Zur prophylaktischen Varizellenblutimpfung. (Kinderkl. d. kgl. ung. Elisabeth-Univ.) Arch. f. Kindhlk., Bd. 88, H. 4, S. 269.

Auf Grund eigener Erfahrung und der Statistik anderer ist Verf. von einer Schutzwirkung der Impfung überzeugt. In der Regel wird 0,1 ccm Blut intrakutan gegeben, eine sichere Beobachtung einer Übertragung von Varizellenkrankheit wurde auch bei heftigsten Fällen nicht gemacht. Von Einfluß auf den Ausfall der Schutzimpfung ist vor allem die Verschiedenheit der einzelnen Varizellenfälle, dann das Alter der geimpften Kinder. Bei Kindern unter 4 Jahren fand er einen Durchschnittserfolg von 50%, bei älteren von etwa 85%. Ob die intrakutane oder subkutane Methode vorzuziehen sei, konnte bisher nicht entschieden werden; die besten Erfolge sah man bei Verimpfung von Blaseninhalt intrakutan.

O. Haack-Hamburg.

Gins, H. A., H. Hackenthal u. N. Kamentzewa-Berlin: Experimentelle Untersuchungen über die Generalisierung des Vakzinevirus beim Menschen und Versuchstier. (Inst. Robert Koch.) Zschr. f. Hyg., Bd. 110, H. 3. S. 429.

Klinische Beobachtungen, wie Temperatursteigerungen, Husten, begleitende Anginen in den ersten Tagen p. V. ließen eine Generalisierung des Erregers im Organismus des Geimpften vermuten. Experimentell wurde folgendes versucht: Rachenabstriche von Erstimpflingen, vom 3. Tag p. V. täglich bereitet, wurden auf die Kaninchenkornea verimpft; es fand sich der Erreger dort vom 4.—7. Tag. Daß er nicht mechanisch dorthin verschleppt wurde, lehrten planmäßige Tierversuche. Nach kutaner, intrakutaner und intravenöser Impfung von Kaninchen und Meerschweinchen konnte Generalisierung des Virus und sein Auftreten auf der Rachenschleimhaut am 2.—5. Tag nachgewiesen werden. Diese Versuche zeigten auch deutlich die Abhängigkeit der Generalisierung der Vakzine von Ihrer Virulenz in Übereinstimmung mit Beobachtungen am Menschen. Dies macht zur Pflicht und wesentlichen Aufgabe der nächsten Zukunft die dauernde Kontrolle der Vakzinevirulenz.

E. Fischer-Prag.

Dickmann, A.-Osterfeld i. W.: Mütterliches Serum bei Vaccina generalisata. Med. Welt, 1929, Nr. 38, S. 1366.

Bei einem ganz schweren Fall einer generalisierten Vakzine erreichte Verf. einen schlagartigen Umschwung und Abfall des hohen Fiebers durch intramuskuläre Injektion von 6 ccm mütterlichem Serum, das frisch gewonnen war. Die Mutter war zweimal mit Erfolg geimpft worden. H. Ress-Dessau.

Gins, H. A.-Berlin: Zerebrale Komplikationen im Verlauf der Vakzination. (Staatl. Impfanstalt.) Med. Welt, 1929, Nr. 36, S. 1277.

In den letzten Jahren zeigt sich scheinbar ein gehäuftes Auftreten von Erkrankungen des Zentralnervensystems nach Impfungen. Die Nachprüfung ergibt jedoch, daß es sich in einer großen Zahl von Fällen um akute febrile Hirnödeme handelt, die als Komplikationen bei anderen fieberhaften Erkrankungen des Kindes-

Digitized by Google

alters auftreten können. Die nach der Impfung beobachteten echten Enzephalitisfälle sind durch Mobilisierung einer latenten Enzephalitisinfektion zu erklären. Die Annahme einer charakteristischen „postvakzinalen Enzephalitis" als eine mit der Impfung in ursächlichem Zusammenhang stehende Erkrankung ist noch nicht bewiesen.
H. Ress-Dessau.

Baron, P.: L'encéphalite post-vaccinale en France (à propos d'une observation personelle) (Die postvakzinale Enzephalitis in Frankreich. Auf Grund einer eigenen Beobachtung). Presse méd., 1929, Nr. 76, S. 1238.

Solche Fälle sind im Gegensatz zu England und Holland in Frankreich sehr selten; die Krankheit wird besonders bei verspäteten Erstimpfungen beobachtet. Mortalität 50%. Einen Zusammenhang zwischen Herstellung der Vakzine oder Impftechnik oder auch der Schwere der Kutanreaktion kann man nicht finden. Das Virus des Pockenserums selbst ist nicht die Ursache der Enzephalitis, sondern scheint nur durch Biotropismus die Wirkung des unbekannten Erregers, der mit dem der Encephalitis epidemica nicht identisch ist, zu steigern. Die postvakzinale Enzephalitis ist symptomatologisch und pathologisch-anatomisch der ebenso seltenen Varizellen- oder Rötelnenzephalitis ähnlich.
H. Colman-Berlin.

Lepra

Rajewski: Gold zur Behandlung der Lepra. Wratschebnaja Gaseta, 1929, Nr. 14.

Verf. hat in dem in Turkmenien (Mittelasien) gelegenen Leprosorium Gjahrin 7 Fällen das Krysolgan und in 3 das Solganol versucht. Es handelte sich um 4 Fälle von Lepra mixta, 2 von Lepra tuberosa und einen Fall von Lepra anaesthetica. Die intravenös jeden 10. Tag angewandte Dosis Krysolgan betrug, allmählich steigend, 0,0001—0,05; die Injektionen wurden leicht vertragen. Bei allen Kranken kam es zu Reaktionserscheinungen allgemeiner Natur, bei 5 auch lokaler. Die ersteren bestanden in Temperatursteigerung, Kopfschmerzen, Schwäche, Appetitverlust, Gelenk- und Nervenschmerzen; die Herderscheinungen äußerten sich in Schwellung und Rötung der leprösen Flecke und Knoten und in Erytheme und Fieberknötchen. Gewöhnlich bilden sich diese Erscheinungen 1—3 Tage nach der Einspritzung aus und schwanden in 4—5 Tagen; nach 5—7 Einspritzungen stellte sich Besserung im Allgemeinbefinden und Nachlassen der Schmerzen ein, alsdann Vernarbung der eitrigen Prozesse und Verminderung der Infiltrate. Die Ursache der Besserung sieht Verf. in der Reizwirkung des Krysolgans.
A. Jordan-Moskau.

Cochrane, R. G.: The Action of Ephedrine in Relieving Certain painful Accompaniments of Leprosy and Lepra reaction (Die Wirkung des Ephedrins auf die Verminderung gewisser schmerzhafter [Komplikationen] Begleiterscheinungen bei Lepra und leprösen Reaktionen). Lancet, 1929, Nr. 5533, S. 551.

Ephedrin per os lindert sehr oft die Nervenschmerzen, die bei Lepra auftreten. Bei chronischer Lepra ist Ephedrin subkutan oder bei ausreichendem Allgemeinzustand intravenös gegeben eines Versuches wert. Bei Knochenschmerzen gab Ephedrin zeitliche Linderung.
P. Seier-Heidelberg.

Paldrock, A.-Tartu (Dorpat): Die CO_2-Schnee- und Lopionbehandlung der Lepra. (Dermatol. Univ.-Polikl.) Arch. f. Schiffs- u. Trop.-Hyg., Bd. 33, H. 9, S. 455.

Verf. hat weitere therapeutische Versuche mit seiner kombinierten CO_2-Schnee-Goldbehandlung angestellt. Es handelt sich um Vergleiche der Behandlungsresultate von drei verschiedenen Goldsalzen: Solganal, Nr. 2950 (I. G. Farben) mit 21,9 und Nr. 2949 (I. G. Farben) Lopion mit 39,25% Aurum. Solganal hat nach P. eine chemische Affinität zu den Lepraerregern. Versuche mit Bazillenausstrichen zeigen deutliche chemische Beeinflussung durch alle drei Goldsalze, denn es findet eine Umwandlung von grampositiven in gramnegative Erreger statt, am schnellsten bei Vorbehandlung mit Lopion. Die Behandlung von mehreren Patienten mit Präparat 2[illegible] gab unbefriedigende Heilresultate, dagegen traten bei der kombinierten CO_2-Lopionbehandlung von 3 Leprösen Besserungen auf. Die hierbei auftretende Zunahme der Lymphozyten, Verlangsamung der Blutsenkungsgeschwindigkeit und Steigerung der Lopionmenge des Blutes beweist nach Paldrock eine Aktivierung der Körperkräfte durch die Goldbehandlung. Die Umwandlung der grampositiven in gramnegative Erreger ließ sich auch klinisch nachweisen. Beide Goldsalze: Solganal und Lopion eignen sich für die kombinierte Behandlung der Lepra. Lopion ist das kräftigere Mittel, zeigt aber auch heftigere Nebenerscheinungen.
P. Unna jun.-Hamburg.

Digitized by Google

Raadt, O. L. E. de-Oegstgeest (Holland): Das Ernährungsproblem in der Bekämpfung der Lepra und Tuberkulose. Zschr. f. Tbc., Bd. 54, H. 6, S. 492.

Verf. stellt fest, daß die Verbreitung der Lepra abhängig ist von der Art der Ernährung, so zwar, daß eine Bevölkerung, die reichliche Mengen von pflanzlichem Eiweiß konsumiert, durch die dadurch bedingte Autophenolisation des Körpers gegen die Erkrankung geschützt ist. Ebenso liegen die Verhältnisse bei der Tuberkulose. Die Tatsache, daß Pferde selten, Rinder häufig an Tuberkulose erkranken, ist bekannt. Dementsprechend findet sich beim Pferd pro Liter Harn 900—1200 mg Phenol, beim Rind 250—770 mg Parakresol, kein Phenol. In Niederländisch-Indien wurden bei 45 Tuberkulosekranken mit bestem Erfolg Versuche gemacht mit peroraler Verabreichung von täglich 250 mg in Lebertran gelöstem Phenol. cryst. in 3 Dosen geteilt. H. Th. Hinrichs-Halberstadt.

Tuberkulose

Lange, L.-Berlin-Dahlem: Zur Frage der Hitzbeeinflussung von Tuberkelbazillen. (Bakter. Abt. — Tuberkulose Labor. — d. Reichsgesundheitsamtes.) Zbl. f. Bakt., Bd. 114, H. 4/6, S. 361.

Die Angaben von Rossi, wonach durch Erhitzung (Dauerpasteurisierung) die Virulenz der Tuberkelbazillen vernichtet wird, dagegen die Vermehrungsfähigkeit erhalten bleibt, konnten nicht bestätigt werden. Die Befürchtung, die Tuberkelbazillen würden bei der Dauerpasteurisierung der Milch nur scheinbar abgetötet werden, ist daher unbegründet. Altes Kulturmaterial erweist sich gegen Erhitzung widerstandsfähiger als junges. F. Harry-Wiesbaden.

Loewenstein, E., u. E. Singer-Wien: Über unsichtbare Formen des Tuberkelbazillus. (Staatl. Seruminst.) W. kl. W., 1929, Nr. 42, S. 1341.

Aus eigenen Versuchen der Verff. ergibt sich, daß der Beweis dafür, daß es ultravisible, filtrable Formen des Tbc gibt, nicht erbracht ist. Die scheinbar anderen Autoren gelungenen Versuche scheinen durch Fehler infolge Durchlässigkeit der Filter bedingt zu sein. Es gibt aber zweifellos ein ultravisibles, infektiöses Virus, welches durch ein besonderes Kulturverfahren und den Tierversuch nachzuweisen ist. Das besonders gute Kulturverfahren nach Löwenstein-Sumyioshi beruht auf der Resistenz des Tbc gegenüber hohen Alkali- und Säurekonzentrationen. Unbedingt nötig ist, daß den Vorschriften entsprechend eine 15%ige Schwefelsäurelösung verwandt wird und daß eine Waschung des Materials angeschlossen wird (2 Tabellen).
H. Colman-Berlin.

Osol, A.-Woronesch: Tuberkelbazillenfärbung im dicken Ausstrich nach Bearbeitung der Untersuchungsobjekte mit Antiformin. (Mikrobiol. Inst. d. Staatsuniv. u. d. sanitär-bakter. Inst.) Zschr. f. Tbc., Bd. 54, H. 4, S. 332.

Paralleluntersuchungen von 405 Sputen nach dem Antiforminverfahren in der Ausführung nach K. Hundeshagen und im dicken Ausstrich von Osol zeigten, daß der letztere nur unbedeutend dem ersteren nachsteht. Zur erfolgreichen Auffindung säurefester Bazillenformen des Tuberkuloseerregers wird eine Methode vorgeschlagen, nach der das Sputum und andere Objekte nach einer vorhergehenden Homogenisierung mit Antiformin nach der Methode des dicken Ausstrichs bearbeitet werden. Durch die Kombination des dicken Ausstriches mit Antiforminanreicherung werden die Tuberkelbazillen 2,31mal häufiger als nach Ziehl-Neelsen und 1,55mal öfter als durch die Methode des dicken Ausstriches entdeckt, und zwar von 1031 primären Untersuchungen (Ambulanzmaterial) kommen auf 122 positive Resultate nach Z.-N. 182 positive Befunde im dicken Ausstrich und 282 Bazillenausscheider nach der kombinierten Methode, d. h. im Verhältnis 100:149:231. T. Benedek-Leipzig.

Hohn, J.-Essen: Vier Jahre Kultur des Tuberkelbazillus zur Diagnose der Tuberkulose. (Bakter.-serol. Labor. d. Städt. Krankenanstalten.) Zbl. f. Bakt., Bd. 113, H. 5/6, S. 366.

Bei der Untersuchung von Eiter, eitrigem Urin, eitrigen Exsudaten, eitrigen Sputa auf Tuberkelbazillen ist die Kultur dem Tierversuch überlegen. Zur Vermeidung von Säureschäden des Tuberkelbazillus versuche man je nach Menge der Begleitbakterien 6%, 8,2%, 10% und 12% Schwefelsäure. Handelt es sich um Pleura-, Gelenk- oder Bauchpunktate, ferner Urin ohne Eiweiß und Sediment, dann ist der Tierversuch der Kultur vorzuziehen. Eiter aus eingeschmolzenen Lymphdrüsen wird am besten mikroskopisch untersucht. Zur kulturellen Untersuchung tuberkulöser Lumbalflüssigkeit hat sich das Sulfosalizylverfahren von Hauptmann und

Digitized by Google

Burtscher bewährt. Gewebsmaterial eignet sich in hohem Maße unter Vorbehandlung mit 6% Schwefelsäure zur Kultur. Ein 23%iger Hämatinzusatz zum Eiernährboden steigert erheblich das Wachstum des Typus bovinus. Auch der Typus humanus wächst schneller und größer. F. Harry-Wiesbaden.

Hohn, J.-Essen: Vierjährige Erfahrungen mit der Kultur des Tuberkelbazillus zur Diagnose der Tuberkulose. (Bakter.-serol. Labor. d. Städt. Krankenanstalten.) M. m. W., 1929, Nr. 36, S. 1508.

Als Ergänzung zu seiner Arbeit in der M. m. W., 1929, Nr. 27, gibt Verf. eine genaue Vorschrift für die Herstellung des durch ihn verbesserten Nährbodens für Tuberkelbazillenzüchtung. Veranlaßt wurde er dazu durch die vielen Zuschriften und Anfragen hierüber. In einem Zusatz wendet er sich gegen die in der M. Kl. 1929, Nr. 26 u. 29 erschienenen Arbeiten von Wohlfeil, Jakobi und Blumenberg, die die Kulturmethode von Tuberkelbazillen noch für zu subtil und zu zeitraubend erklären. Sprafke-Chemnitz.

Wallgren, A.: Resultats de la vaccination intracutanée contre la tuberculose au moyen du BCG. (Ergebnisse der intrakutanen Impfung gegen Tuberkulose mit BCG). Ann. Inst. Pasteur, Bd. 43. H. 6, S. 799.

Zwecks Vakzination mit BCG. war eine Sensibilisation gegen Tuberkulin zu erreichen. Bis zum Erreichen dieses Zieles sind die Säuglinge außerhalb einer möglichen Tuberkuloseinfektion zu setzen. Geimpft wurden 61 nichtinfizierte hospitalisierte Kleinkinder über 1 Jahr aus gefährdeter Umgebung; es wurde nur intrakutan oder subkutan injiziert, und zwar ¼—2 mg. Die Prüfung der Sensibilisation gegen Tuberkulin ist nur intrakutan mit 1—3 mg AT.-Koch vorgenommen worden. Kein einziges geimpftes Kind ist gestorben, ebensowenig konnte man einen ungünstigen Einfluß der Vakzination auf das Wachstum feststellen. T. Benedek-Leipzig.

Buschmann, H.-Bleialf (Eifel): Zur Frage der Tuberkuloseschutzimpfung. Beiträge zur Tuberkuloseschutzimpfung mit BCG. nach Calmette. Arch. f. Kindhlk., Bd. 88, H. 4, S. 241.

Verf. konnte bei Tieren, die intravenös, -peritoneal, -kutan und subkutan mit BCG. geimpft wurden, fast stets autoptisch Organveränderungen feststellen, die ausheilten; er beobachtete stets einen deutlichen Einfluß auf die Blutkörperchensenkungsreaktion im Sinne einer Beschleunigung. Bei oraler Impfung ist ein Befund bei der Autopsie nicht regelmäßig zu erheben, meist aber ein deutlicher Einfluß auf die Beschleunigung der SR. Analog der Befund bei Impfung auf dem Inhalationswege. Dann zeigt er, daß der BCG.-Stamm eine sonst tödlich verlaufende Tuberkuloseerkrankung beim Meerschweinchen sicher bis zu 8 Monaten nach der Infektion verhindern kann. Man kann den BCG.-Stamm nach Verf. auffassen als ein Vakzin, das in seiner Virulenz so abgeschwächt ist, daß durch Tierpassage eine Virulenzsteigerung nicht zu erzielen ist. Die im Tierkörper entstehenden tuberkulösen Veränderungen nach BCG.-Impfung sind stets benigne. Bei Säuglingen läßt sich folgendes feststellen: Dieselbe Wirkung auf die Beschleunigung der SR. bei oraler Impfung wie beim Tier bildet auch hier der Ausfall der Tuberkulinproben geringe Anhaltspunkte; subkutane Impfungen geben dieselben Resultate. Anscheinend erzeugt die Schutzimpfung einen wirksamen Tuberkuloseschutz, ein endgültiges Urteil ist erst in Jahren zu fällen. C. Haack-Hamburg.

Hille, K.-Rostock: Zur Technik der perkutanen Tuberkulinreaktion nach Moro. (Univ.-Kinderkl.) Arch. f. Kindhlk., Bd. 88, H. 1, S. 14.

Die Behandlung der Haut mit Äther vor der Salbeneinreibung vermag die Morosche Tuberkulinreaktion erheblich zu verfeinern; als unerwünschte Begleiterscheinung kann eine sehr starke Lokalreaktion auftreten, die aber bei geeigneter Auswahl der Fälle zu vermeiden ist. Besteht trotz negativen Ausfalls der geäußerten Moroprobe weiterhin der Verdacht einer Tuberkulose, so Intrakutaninjektion von Tuberkulin in der Verdünnung 1:100. R. Ley-Kreuznach.

Schulte-Tigges, H.: Tierexperimentelle Untersuchungen bezüglich der Tuberkulose-Komplementbindung. (Westdtsch. Tuberkulose-Forschgs.-Inst. Heilstätte Rheinland.) Zschr. f. Tbc., Bd. 54, H. 4, S. 327.

Es wurden ausgedehnte tierexperimentelle Untersuchungen bezüglich des differentialdiagnostischen Wertes der Besredka-Tuberkulose-Komplementbindung unternommen, mit Ausnahme gegenüber der Syphilis. Die Untersuchungen sprechen für die Spezifität der Besredka-Tuberkulose-Komplementbindung.

T. Benedek-Leipzig.

Digitized by Google

Selter, H.-Bonn: Die klinische Bedeutung der Tuberkulose-Immunität. (Hyg. Inst. d. Univ.) M. m. W.. 1929, Nr. 36, S. 1498.

Noch immer begegnet die in neueren Arbeiten wieder stärker betonte Immunität bei Tuberkulose Zweifeln, besonders seitens der pathologischen Anatomen. Aus zahlreichen Serienuntersuchungen zieht Verf. folgende Schlüsse: „Eine Tuberkulose-Immunität kann bei einem infizierten Tier bestehen; sie geht aber zurück oder verschwindet ganz in dem Moment, in welchem die Infektion wieder aktiv wird und sich über den Primärkomplex hinaus verbreitet. In diesem Zustande können dann neue Prozesse durch Metastasierung oder durch Reinfektion von außen entstehen." Erschwerend für die endgültige Klärung des Problems ist, daß es bisher noch mit einem Verfahren möglich ist, eine Abschwächung der Virulenz der Tuberkelbazillen mit jedem Stamm und bis zu einem gewünschten Grade zu erzielen. Im Augenblick des Übergangs des Primärkomplexes in Heilung kann man den Menschen analog den Erfahrungen im Tierexperiment für immun halten. Stets handelt es sich aber um einen labilen Zustand, der sich sofort ändert, sobald der latente Herd aktiv wird. Von außen in den Körper dringende Tuberkelbazillen können jetzt in gleicher Weise Herde bilden wie die vom ersten Herd verschleppten. Daher kann man nur erstreben, durch eine zweckentsprechende Behandlung (Ruhigstellung, Kräftigung des Körpers usw.) die Rückbildung des tuberkulösen Herdes zu erreichen. Eine Dauerimmunität bzw. Beeinflussung der Immunität durch eine spezifische Behandlung zu erzielen, ist bisher unmöglich. Sprafke-Chemnitz.

Halfer, G.-Padua: Tuberkulös toxische Exantheme. (Kinderkl. d. kgl. Univ.) Arch. f. Kindhlk., Bd. 88, H. 4, S. 261.

Mitteilung zweier Fälle der seltenen tuberkulös-toxischen Exantheme; bei beiden handelte es sich um akute scharlachförmige Eruptionen über den ganzen Körper, die 2—4 Tage dauerten, verblaßten und ohne Pigmentation verschwanden. Im ersten Fall lag eine Adenopathia tracheobronchialis mit tuberkulöser Infiltration des benachbarten Lungenlappens vor. Der 2. Fall zeigte eine Tuberkulose der Hilusdrüsen, kompliziert durch Bauchfelltuberkulose, zuletzt Ausdehnung des Tuberkuloseprozesses über den ganzen Organismus (miliare Tuberkulose). Interessant ist bei beiden Fällen, daß nicht Erytheme, sondern typische scharlachförmige Exantheme auftraten. Als Ursache für die Entstehung können wir nur anaphylaktische Entdungen annehmen; der schon allergische Organismus mitsamt der Haut reagiert ihr heftig auf ein neues plötzliches Auftreten von toxischen Substanzen, die in den Organismus geschleudert werden. Somit konnte gezeigt werden, daß tuberkulöstoxische Exantheme nicht nur bei intrapulmonalen, sondern auch bei diffusen hämatogenen Formen von Tuberkulose auftreten können. O. Haack-Hamburg.

Bommer, S.-Gießen: Grundlagen und Ausblicke der Diätbehandlung des Lupus vulgaris. (Licht- u. Lupusheilstätte.) Med. Welt. 1929, Nr. 39, S. 1385.

Der Lupus vulgaris kann durch eine besondere Diät zur Abheilung gebracht werden. Die wissenschaftlichen Grundlagen des Gersonschen Erfolges werden eingehend erörtert. Die Beziehungen der Diätbehandlung zu den Heilungsvorgängen bei Tuberkulose beruhen auf den Wirkungen von Vitaminen. Verf. untersucht die Beziehungen zur Wasserstoffionenkonzentration im Bereich des Krankheitsherdes, wie sie durch die Beobachtungen von Herrmannsdorfer bei der Wundbehandlung bekannt geworden sind. Auch für die Tuberkulose nimmt Herrmannsdorfer eine heilende Wirkung auf den Stoffwechsel als wahrscheinlich ein; daß diese Reaktionsverschiebung des Gewebes aber auf den Tuberkelbazillus selbst einzuwirken vermag, sei unwahrscheinlich. Die dritte Frage betrifft die Beziehungen über die Rolle der Mineralsalze im Körperhaushalt, speziell bei der Tuberkulose. Börnstein konnte bei weißen Mäusen nicht den geringsten Einfluß verschiedenartiger Ernährung auf den Kalzium- und Kaliumgehalt der Haut feststellen; ob es aber bei der Tuberkulose zu einer besonderen Verarmung des Körpers an Mineralsalzen kommt, dafür liegen keine einwandfreien Tatsachen vor. Verf. betrachtet es als wichtige Zukunftsaufgabe, die für die Leistungsfähigkeit des Menschen optimalen Salzverhältnisse zu finden, die mit der Nahrung zugeführt werden müssen. Nach Bommer beruht die Wirkung der Tuberkulosediät auf einer Beeinflussung des Gefäßsystems, Besserung der Zirkulationsverhältnisse und Wiederherstellung des gestörten Wasseraustausches zwischen Gefäßsystem und Gewebe; an der Kapillarwand kommt die primäre Wirkung der Diät zustande. Da die Gefäßwandzellen aber nach G. Herzog grundlegend für die Konstitution des betreffenden Individuums sind, liegt dort der Angriffspunkt der Therapie. H. Ress-Dessau.

Digitized by Google

Sauerbruch, F.-Berlin: Erklärung zur Ernährungsbehandlung der Tuberkulose. (Chir. Kl. d. Charité.) D. Zschr. f. Chir., Bd. 219, H. 6, S. 381.

Sauerbruch fürchtet, daß die hoffnungsvolle und aussichtsreiche Diättherapie Gersons durch die tendenziösen und sensationell aufgebauschten Übertreibungen der Tagespresse geschädigt werden könnte. Er betont aber nochmals, daß er bei den Nachprüfungen durch Herrmannsdorfer bis dahin nicht heilbare Lupuskranke allein durch Umstellung der Diät zur Heilung habe kommen sehen. Fast gleiche Erfolge waren bei schwer fistelnden Knochen- und Gelenktuberkulosen zu sehen. Auch bei Lungentuberkulose traten so auffallende Besserungen auf, daß der große Einfluß der Gersonschen Diätbehandlung nicht zu leugnen ist. F. Rosenthal-Berlin.

Ahringsmann, H.-Hamburg: Historische Bemerkung zu der neuen Diätbehandlung der Tuberkulose nach Gerson-Sauerbruch-Herrmannsdorfer. M. m. W., 1929, Nr. 37, S. 1565.

Hinweis darauf, daß schon vor 80 Jahren in Berlin von Schoenlein eine der Gersonschen Therapie ähnliche Heildiät angegeben worden ist. Die Vorlesungen des Sch. sind von Hörern notiert und veröffentlicht worden (St. Gallen, Literaturkontor 1841). Es heißt in dem Abschnitt: „Behandlung der gewöhnlichen Lungentuberkeln", S. 82, Bd. 3, wörtlich: „Was das Aliment betrifft, nährende, aber nicht reizende Dinge. Fleisch, aber ohne Gewürze, überhaupt animalische Kost; Vegetabilien, namentlich Amylacea, sind nicht zuträglich. Alkohol ist verderblich; am besten ist Wasser, das Kohlensäure und wenig erdige Bestandteile enthält." Wenn man unter die nicht reizenden Dinge und die Gewürze das Kochsalz einbezieht, so würde diese Diätvorschrift der heutigen neuen NaCl-armen entsprechen.

Sprafke-Chemnitz.

Frémicourt, G.-Arniens: Traitement d'un lupus par l'extrait bacillaire colloidal de Grimberg (Behandlung eines Lupus mit kolloidalem Bazillenextrakt von Grimberg). J. de Méd. de Paris, 1929, Nr. 46, S. 975.

Ausgedehnter Lupus, verschiedentlich erfolglos behandelt, vollständige Heilung nach örtlicher Anwendung von Mesothorium und Einspritzungen von Collobazillose.

E. Levin-Berlin.

Raplan, I., u. W. Karetnikova: De l'antivirusthérapie dans le lupus (Die Antivirustherapie beim Lupus). Compt. rend. Soc. Biol., Bd. 102, Nr. 27, S. 276.

Während beim Lupus der Mundhöhle und des Pharynx die Elektrokoagulation die besten Resultate gibt, ist diese Methode bei in der Nase oder dem Larynx sitzenden Herden weniger erfolgreich. Beim Lupus der Nase wurden Tampons mit Antivirus 10% in Lanolin + Vaselin eingelegt und 24 Stunden liegengelassen. Schon nach wenigen Tagen reinigten sich die Ulzerationen und die Infiltrate verringerten sich. In mehreren Fällen waren nach 4—6 Wochen die Erscheinungen mit Hinterlassung kaum sichtbarer Narben vollkommen geschwunden. Kontrollversuche mit Tampons, die mit Filtraten von Bouillonkulturen von Tuberkelbazillen oder altem Tuberkulin getränkt waren, zeigten keine nennenswerte Beeinflussung, das Tuberkulin bewirkte vielmehr örtliche Reizungen. E. Levin-Berlin.

Tagesgeschichtliche Nachrichten

Vor kurzem wurde ein internationales Komitee zum Studium des Rhinoskleroms gegründet. Zweckdienliches Material ist an Prof. Hinsberg-Breslau oder Prof. Hajek-Wien zu senden.

Die Zahl der im Deutschen Reiche in Behandlung befindlichen Leprakranken beträgt 8.

Die Zahl der Leprakranken in den Vereinigten Staaten von Nordamerika wird auf 1200 geschätzt. Davon befinden sich 306 in dem staatlichen Leprosorium in Carville, La. Am stärksten befallen unter den kontinentalen Staaten der Union ist die Goldküste, wo das Leiden seit Generationen vorhanden ist. R.

Nachdruck (auch des Abschnittes „Tagesg. Nachr.") ist ohne Genehmigung des Verlages nicht erlaubt

Verantwortlich für die Redaktion: für Originalabhandlungen und T. N.: Prof. Dr. J. H. Ruhl, Leipzig. Für den Referatenteil: Dr. Fritz Callomon, Dessau

Digitized by Google

Dermatologische Wochenschrift

Nr. 17 (Bd. 90) 26. April 1930

Aus dem Institut für Schiffs- und Tropenkrankheiten zu Hamburg
(Direktor: Obermedizinalrat Prof. Dr. Nocht; Helminthologische Abteilung,
Vorsteher: Prof. Dr. Fülleborn)

Hautveränderungen durch Cercaria ocellata

Von

Dr. Hans Vogel

Mit 5 Abbildungen im Text

In Nordamerika machte Cort (1928) die interessante Beobachtung, daß die Cercaria elvae, die Jugendform eines in einem bisher unbekannten tierischen Wirte heranreifenden Schistosomiden, in die menschliche Haut eindringen und hier einen juckenden, papulösen oder pustulösen Ausschlag hervorrufen kann. Wie ich kürzlich zeigen konnte (Kl. W., 1930), erzeugt auch die in deutschen Gewässern vorkommende Cercaria ocellata, ebenfalls die Jugendform eines Schistosomiden, in der menschlichen Haut eine urtikariell-papulöse Dermatitis. Entsprechende Hautausschläge sind bei Badenden im Gebiete der Holsteinischen Seen nicht selten, und zweifellos sind auch die Dermatitisfälle, die Naegeli (1923) nach Baden im Bodensee beobachten konnte, auf eingedrungene Zerkarien zurückzuführen. Als Ergänzung zu den amerikanischen Beobachtungen und zu meiner ersten Mitteilung möchte ich im folgenden das Augenmerk auf die Histologie der durch Cercaria ocellata am Menschen erzeugten Hautveränderungen lenken, die bisher noch nicht untersucht und in meiner ersten Mitteilung nur kurz erwähnt worden sind. Im Anschluß hieran werden einige Beobachtungen über Infektionsversuche an Tieren sowie über das Verhalten der Cercaria ocellata mitgeteilt.

Zerkarien, die aus ihrem Zwischenwirte, der Wasserschnecke Limnaea stagnalis, spontan ausgeschlüpft waren, wurden durch Zentrifugieren angereichert und mit etwas Wasser auf eine 4 cm lange Hautstelle der Unterarmbeugeseite gebracht. Nach 24 Stunden wurde aus dem infizierten Gebiete, das jetzt von 34 teilweise konfluierenden Quaddeln bedeckt war, ein Hautstückchen nach Chloräthyl-Vereisung exzidiert und in eine Schnittserie zerlegt. Das Hautstück enthält 11 eingedrungene Zerkarien, die sämtlich in der Epidermis sitzen. Ein Teil der Larven findet sich noch unmittelbar unter dem Stratum corneum (Abb. 1), die meisten sind schon in die basalen Schichten eingedrungen und ragen zum Teil mit ihrem Vorderende in die Kutisschicht hinein (Abb. 6). Die Zerkarien nehmen das Ende eines gewundenen Bohrganges ein, der sich bis zur Eintrittsstelle der Zerkarie in das Stratum corneum verfolgen läßt und

Digitized by Google

in seinem Anfangsteil gewöhnlich ganz oberflächlich verläuft. Cort (1928) beobachtete, daß jede Zerkarienpapel einen Haarfollikel als Zentrum hat und daß Zerkarien, die auf die haarlose Unterseite des Armes gebracht werden, keine Läsionen hervorrufen. Ebenso schreiben Christenson und Greene (1928), daß Haarfollikel die gewöhnliche Eintrittspforte der Zerkarien darstellen. Bei makroskopischer Betrachtung hatte auch ich zunächst denselben Eindruck. Die mikroskopische Schnittuntersuchung zeigte jedoch, daß Cercaria ocellata ganz wahllos in die Haut eingedrungen war. Nur eine der 11 Zerkarien hatte ihre Eintrittspforte unmittelbar an der Insertionsstelle eines Haares, war aber dann vom Haarfollikel weggewandert. Alle übrigen Zerkarien wiesen keinerlei räumliche Beziehungen zu Haarbälgen auf. Die Länge der Bohrkanäle beträgt $^1/_2$ bis einige Millimeter. Die histologischen Veränderungen betreffen sowohl die Epidermis wie die Kutis. In der Nachbarschaft der wandernden Zerkarie und des bereits verlassenen Bohrkanals finden sich durch helle Vakuolen ballonartige aufgetriebene Epithelzellen (Abb. 1), deren Kerne häufig geschrumpft sind. Der Verband der Epidermis ist stellenweise gelockert, offenbar infolge Auflösung der Zwischenzellsubstanz. Unter Auftreten von kleinen interzellulären Flüssigkeitsansammlungen kommt es in der unmittelbaren Umgebung der Zerkarie zum Absterben und zur Erweichung der Epithelzellen. Abb. 2 läßt im linken oberen Bildteil alle Stadien der Zellzerstörung erkennen. Abb. 4 zeigt einen Schnitt durch ein Zerkarienhinterende, das von einer Zone erweichten Gewebes umgeben ist. Die Bohrgänge der Zerkarien sind mit mehr oder weniger aufgelösten Zellresten angefüllt. Von der Kutis aus findet eine lebhafte Einwanderung von Polymorphkernigen und Rundzellen statt, die sich besonders zahlreich im Bohrgange und seiner Umgebung ansammeln. In der Kutis fällt, abgesehen von mäßigem Ödem, eine ausgesprochene perivaskuläre Zellinfiltration auf. Eosinophile Zellen konnten in der Epidermis wie in der Kutis nicht mit Sicherheit festgestellt werden. Blutaustritte ins Gewebe fehlten ebenfalls. An einer anderen Infektionsstelle meines Armes und bei einer zweiten Versuchsperson waren jedoch mikroskopisch im Zentrum einiger Quaddeln flohstichartige Petechien deutlich sichtbar.

Abb. 1. Oberflächlich in der menschlichen Haut wandernde Cercaria ocellata. Der Bohrgang ist mit Zelltrümmern angefüllt. Erweichung des Gewebes in der Umgebung der Zerkarie, Vakuolisierung der Epithelzellen (Heidenhain-Azanfärbung. Vergr. 153fach)

Von den besprochenen Veränderungen ist besonders die in der Nachbarschaft der Zerkarie in Erscheinung tretende Zellauflösung

Digitized by Google

bemerkenswert. Wie alle Schistosomiden-Zerkarien, besitzt auch die Cercaria ocellata mächtig entwickelte einzellige Drüsen, die am Vorderende ausmünden. Dem Sekret dieses Drüsenapparates ist von jeher eine Einwirkung auf das Wirtsgewebe zugedacht worden. In den besprochenen histologischen Bildern dürfen wir eine Bestätigung dieser Annahme erblicken. Zweifellos erleichtert sich die Zerkarie ihr mechanisches Vorwärtsdringen durch eine Art von Gewebsverdauung außerhalb ihres Körpers.

In zwei weiteren Versuchen erprobte ich die Einwirkung der Cercaria ocellata auf die Mäusehaut. Einer weißen Maus wurde zerzupfte, massenhaft Zerkarien enthaltende Leber von Limnaea stagnalis auf die rasierte Bauchhaut gebracht. In den folgenden Stunden konnte keinerlei Reaktion festgestellt werden. Nach 24 Stunden zeigte sich ein kleines, bräunliches Fleckchen. In den folgenden Tagen traten noch mehrere solcher Stellen auf, vergrößerten sich, flossen zusammen und bildeten schließlich eine das ganze Infektionsgebiet einnehmende entzündliche Fläche. In diesem Zustand starb die Maus nach 19 Tagen. Histologischer Befund: Die Haut der ganzen Infektionsfläche entbehrt, abgesehen von den Randpartien, des Epithelbelages. Als äußerste Schicht findet sich eine nekrotische Kutiszone, der massenhaft mit Hämatoxylin tiefblau gefärbter Bakterienhaufen auf- und eingelagert sind. Unter dieser Schicht liegt eine Demarkationszone, die vorwiegend aus polymorphkernigen Leukozyten besteht. Die Nekrose hat stellenweise auch die Bauchmuskulatur ergriffen. Ein mit der Bauchwand fibrinös verklebter Leberzipfel ist in einer der Körperwand anliegenden Schicht ebenfalls nekrotisch geworden. Es liegt also eine schwere Bakterienschädigung der Bauchwand vor, die durch Peritonitis zum Tode geführt hat. Zerkarien konnten in der Bauchwand nicht mehr angetroffen werden. Auch das Venensystem der Bauchorgane enthielt keine Bluttrematoden. Zweifellos hatte aber die vorausgegangene massive Zerkarieninvasion durch Gewebsschädigung den Weg für die überaus schwere bakterielle Infektion geebnet. Leider stand mir in diesem Jahre kein Zerkarienmaterial mehr zur Verfügung, um in weiteren Versuchen innerhalb der ersten Infektionstage die noch nicht durch bakterielle Sekundärinfektion überlagerte, reine Zerkarienwirkung auf die Mäusehaut zu untersuchen.

Eine zweite Maus war wiederholt in nur spärliche Zerkarien enthaltendes Wasser getaucht worden. Nach Entfernen der Maus enthielt das verwendete Wasser nur noch die abgeworfenen Schwänze der Zerkarien, die Larvenkörper waren in die Maus eingedrungen. Bei dieser schwach infizierten Maus kam es zu keinen Hauterscheinungen. Als die Maus nach 3 Wochen getötet und untersucht wurde, fanden sich keine Schistosomiden in den Venen der Bauchorgane. Säugetiere sind offenbar überhaupt nicht die richtigen Endwirte der Cercaria ocellata. Nach den Untersuchungen Szidats (1929) und Isos (1927) entwickeln sich die in Entenarten vorkommenden Bluttrematoden: Bilharziella polonica und Bilharziella yokogawai aus Gabelschwanz-Zerkarien, die im Gegensatz zu denen der menschlichen Schistosoma-Arten Augenflecke tragen und in ihrer Organisation ganz mit der Cercaria ocellata übereinstimmen. Hieraus und aus der Tatsache, daß in unserer Heimat Schistosomiden bisher nur in Wasservögeln nachgewiesen werden konnten, dürfen wir entnehmen, daß sich offenbar auch die Cercaria ocellata in einem Wasservogel weiterentwickelt. Szidat hat als mögliche Endform der Cercaria ocellata bereits Bilharziella pulverulenta der Ente in Erwägung gezogen. Ich habe einer im Laboratorium aus dem Ei aufgezogenen Hausente wiederholt Cercaria ocellata in großer Menge auf die Haut gebracht. Bei einer gründlichen Untersuchung 4 Wochen nach der Infektion konnten jedoch keine Schistosomiden im Venensystem der Bauchorgane an-

Digitized by Google

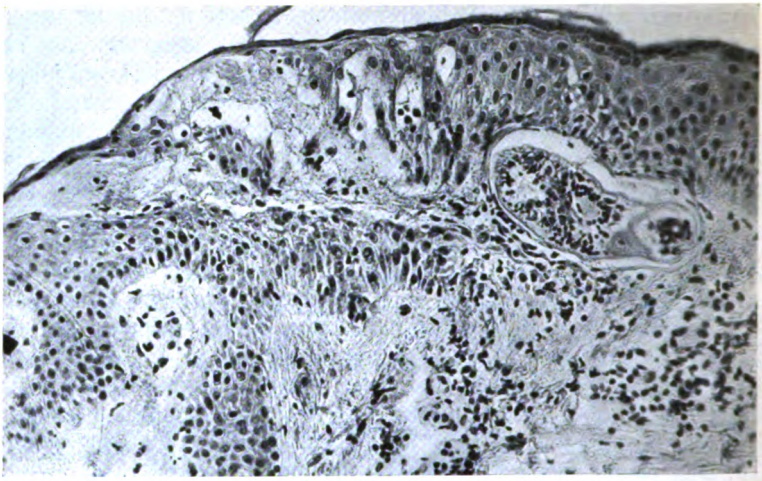


Abb. 2

Abb. 3

Abb. 4

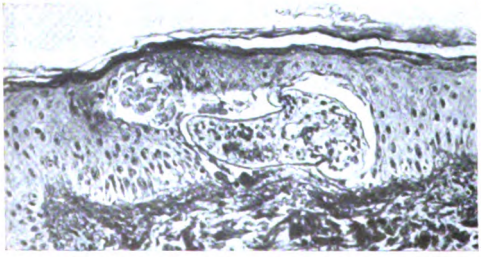


Abb. 5

Abb. 6

Digitized by Google

getroffen werden. Außer bei Enten kommen noch bei unseren Möwen mehrere Arten von Bluttrematoden vor. Da ich nun die in meinen Versuchen verwandten in ziemlich hohem Prozentsatz mit Cercaria ocellata befallenen Schnecken an den Ufern einer als Möwenbrutplatz dienenden Insel vorfand, so werden als Endwirte der Cercaria ocellata insbesondere Möwen in Erwägung zu ziehen sein.

Es scheint eine Regel zu sein, daß Parasiten im „falschen Wirte" stärkere Reaktionen auslösen als in dem, an den sie normalerweise angepaßt sind. So werden z. B. auf der Haut des Menschen durch menschliche Hakenwürmer im allgemeinen keine, durch Hundehakenwürmer jedoch recht augenfällige Veränderungen hervorgerufen. Entsprechend dürfte, wie schon Cort angedeutet hat, auch die Erscheinung zu erklären sein, daß die menschliche Haut auf körperfremde Zerkarien (Cercaria ocellata, Cercaria elvae usw.) mit Entzündung reagiert, während die Zerkarien der menschlichen Schistosoma-Arten offenbar gewöhnlich ohne Erscheinungen eindringen.

Zum Schluß seien noch einige Beobachtungen über das Verhalten der Cercaria ocellata mitgeteilt. Die Zerkarien schlüpften gewöhnlich um die Tagesmitte aus der Schnecke aus und sammelten sich stets an der Fensterseite des Glasbehälters an. Hier hefteten sie sich mit ihrem Bauchsaugnapf am Glase fest, während Vorderkörper und Schwanz von der Unterlage abgehoben wurden. Wurde das Glas herumgedreht, so schwammen die Zerkarien in wenigen Minuten nach der neuen Lichtseite. Ssinitzin gibt an, daß sich Cercaria ocellata besonders am Boden des Glasgefäßes anheftet. Nach meinen Beobachtungen sammelten sich die Zerkarien gewöhnlich mehr in den oberen Partien der Seitenwände ihres Behälters an. Nur an einem Tage fand ich ausnahmsweise, ohne daß hierfür eine Erklärung gegeben werden kann, fast alle Zerkarien am Boden. Ihre ausgesprochene positive Phototaxis dürfte die Zerkarien im freien Wasser eines Sees voraussichtlich an die Wasseroberfläche führen, wo sie ja auch die meisten Aussichten hätten, mit ihren Endwirten in Berührung zu kommen. Die Lebensdauer der Cercaria ocellata betrug bei Zimmertemperatur gewöhnlich nur einen Tag. Saugt man die Zerkarien mit einer Glaspipette auf und spritzt die Flüssigkeit sofort wieder aus, so bleiben fast alle Larven am Glase festhaftend in der Pipette zurück. Diesem Vermögen, blitzschnell Halt zu gewinnen, kommt zweifellos eine Bedeutung bei der Infektion des Wirtes zu. Ob das Anhaften mit Hilfe der Saugnäpfe oder vermittels eines Klebstoffes erfolgt, wie es Szidat bei der Zerkarie von Bilharziella polonica beobachtete, konnte ich bisher nicht feststellen.

Literatur

Christenson, R. O. u. W. P. Greene, Studies on biological and medical Aspects of „Swimmer's-Itch". Schistosome Dermatitis in Minnesota. Minnesota Med., September 1928, S. 573—575. — Cort, W. W., Schistosome-Dermatitis in the United States (Michigan). J. Am. m. Ass., 1928, Bd. 90, S. 1027—1029. Further Observations on Schistosome-Dermatitis in the United States (Michigan). Science, 1928, Bd. 68, Nr. 1764, S. 388. — Faegeli, Über einen beim Baden entstehenden Hautausschlag, die sogenannten Hundslattern. Schweiz. m. W., 1923, Nr. 49, S. 1121—1122. — Ssinitzin, D. Th., Studien über die Phylogenie der Trematoden. II. Bucephalus v. Baer und Cercaria ocellata de Vall. Zschr. f. wiss. Zool., 1910, Bd. 94, S. 299—325. — Szidat, L., Zur Entwicklungsgeschichte des Bluttrematoden der Enten Bilharziella polonica Kow. I. Morphologie und Biologie der Zerkarie von Bilharziella polonica Kow. Zbl. f. Bakt., I. Orig., 1929, Bd. 111, S. 461—470. — Vogel, H., Zerkarien-Dermatitis in Deutschland. Kl. W., 1930.

Erklärung der Abbildungen

Abb. 2. Zerkarie im basalen Teil der menschlichen Epidermis. Im linken oberen Bildteil Vakuolisierung, Auflockerung und Nekrose des Epithels. Einwanderung von Rundzellen und Polymorphkernigen (Hämatoxylin-Eosinfärbung. Vergr. 182fach).

Abb. 3. Cercaria ocellata am Ende ihres Bohrganges. Perivaskuläre Zellinfiltration in der Kutis (Hämatoxylin-Eosinfärbung. Vergr. 153fach).

Abb. 4. Hinterende von Cercaria ocellata, hufeisenförmig von einer Zone erweichten Gewebes umgeben. Einwanderung von Polymorphkernigen und Rundzellen (Hämatoxylin-Eosinfärbung. Vergr. 220fach).

Abb. 5. Zerkarie und Bohrgang, der mit nekrotischen Epithelzellen angefüllt ist (Heidenhain-Azanfärbung. Vergr. 153fach).

Abb. 6. Vorderende der gleichen Zerkarie wie in Abb. 5, in die Kutis hineinragend (Heidenhain-Azanfärbung. Vergr. 153fach).

Digitized by Google

Eine tatsächliche Feststellung zum Schlußwort[1]) des Herrn Meirowsky

Von

Prof. Dr. E. Hoffmann in Bonn

Tatsächlich habe ich auf Tafel I meiner ersten Broschüre „Die Ätiologie der Syphilis" aus dem Jahre 1906 (Berner Referat) einen vollen Entwicklungsgang der Spirochaeta pallida abgebildet, obwohl ich ihn für unbewiesen hielt[2]). Hier schreibe ich wörtlich „Schaudinn hat selbst angegeben, daß er bei der Spir. Obermeyeri ovale Körnchen kenne, welche vielleicht als Ruhestadien gedeutet werden könnten, und ähnliche Formen auch bei Syphilis gesehen habe." Ferner habe ich die Siegelschen Körperchen, die ja auch als Ruheform bzw. andere Entwicklungsstadien der Spir. pall. von verschiedenen Autoren gedeutet worden sind, im Bild wiedergegeben, obgleich ich sie für körpereigene Gebilde halten mußte. Die Spirochäte wurde ja auch bei Überprüfung kugeliger bzw. birnförmiger kleinster granulärer Körperchen (Siegel) entdeckt; solche Gebilde sind von Anfang an von Schaudinn und mir stets beobachtet, aber verschieden gedeutet worden. Natürlich habe ich annehmen müssen, daß Herrn Meirowsky diese in grundlegenden Arbeiten vorhandenen, von mir gemeinten Abbildungen bekannt seien.

Eine tatsächliche Feststellung zur „tatsächlichen Feststellung" des Herrn Hoffmann

Von

Prof. Dr. E. Meirowsky in Köln a. Rh.

Nachdem ich (Derm. W., 1929, Nr. 52) nachgewiesen habe, daß die Behauptung E. Hoffmanns, er habe ganze Entwicklungszyklen objektiv und mit Abbildungen veröffentlicht, objektiv unrichtig ist, stützt Hoffmann nunmehr seine Priorität auf sein Berner Referat. Er gibt an, auf Tafel 1 einen vollen Entwicklungsgang der Spirochaeta pallida abgebildet zu haben (obwohl er ihn für unbewiesen hielt). Ich bin nunmehr in der Lage, folgende „tatsächliche Feststellungen" zu machen: 1. Auf Tafel 1 der genannten Arbeit hat E. Hoffmann nicht etwa, wie der Leser meinen sollte, Abbildungen eigener Beobachtungen veröffentlicht, die seine Priorität rechtfertigen könnten, sondern Befunde anderer Autoren, nämlich den protozoischen Entwicklungszyklus von Kryszstalowicz und Siedlecki, der Mikrogameten, Makrogameten und Kopulation, jedoch keine Seiten- oder Endknospen, keine gestielten Seiten- oder gestielten Endknospen, keine freien Knospen enthält.

2. Der immer wiederholte Versuch Hoffmanns, meine Beobachtungen denen von Siegel gleichzustellen, ist gänzlich abwegig, da ich eine Beziehung meiner Befunde zu den Spirochäten nachgewiesen habe, während Siegel überhaupt keine Spirochäten gesehen hat.

3. Ich habe bereits in dieser Wochenschrift (1929, Nr. 22) nachgewiesen, daß die ovalen Körperchen Schaudinns, die er als körnchenförmigen Ruhezustand der Spirochäte annehmen zu müssen geglaubt hat, etwas ganz anderes sind als die von mir beschriebenen Spirochätenknospen, nämlich Verkürzungen der Spirochäten nach Zusatz von konzentriertem Glyzerin bis zur Erreichung einer kurzen ovalen Gestalt. Das wird von Hoffmann geflissentlich übersehen.

4. Alle Anstrengungen Hoffmanns, irgend eine Priorität für die Entdeckung meiner Spirochätenbefunde für sich in Anspruch zu nehmen, sind demnach als gescheitert zu betrachten. Man kann doch unmöglich eine Priorität an Beobachtungen besitzen, die man nie gesehen, nie abgebildet — oder als Degenerationen, Verunreinigungen, Aufrollungen und Fremdkörperanlagerungen bezeichnet hat.

---

[1]) Derm. W., 1929, Nr. 52, S. 2042. — [2]) Dieser enthält freilich keine freien granulären Elemente.

Digitized by Google

Aus dem dermatologischen Stadtkrankenhaus II, Hannover
(Direktor: Prof. Dr. Stümpke)

Schwankungen im Verlauf der Gonorrhoe

Von

G. Stümpke

Mit 2 Abbildungen im Text

Hecht (1) erwähnt in seinem lesenswerten Artikel die mancherlei Einflüsse, die sich im Verlauf eines Trippers bemerkbar machen können: einmal die Bedingungen, die im Organismus selbst liegen, wie Anatomie der erkrankten Organe, Disposition derselben den Gc. gegenüber — besondere Organempfindlichkeit! ? —, Bedeutung der Gesamtkonstitution (Neurastheniker!) — auf der anderen Seite das Verhalten der Gc. selbst, Verschiedenheit der Stämme, Virulenz derselben, wobei Beobachtungen angeführt werden, die jedem Fachmanne geläufig sind.

Gerade jetzt hat die Diskussion dieser Frage eine gewisse Bedeutung, einmal, weil wir ja wissen, daß im Gegensatz zur Syphilis die Gonorrhoe keineswegs abgenommen hat, und zweitens, weil sich gerade aus der Praxis heraus in letzter Zeit des öfteren Stimmen vernehmen ließen, die den momentan angeblich schweren Charakter des Trippers betonen. Während wir uns derartigen Angaben gegenüber zunächst zurückhaltend verhielten, indem wir uns ja hüten müssen, solche doch zunächst einzelnen Beobachtungen zu verallgemeinern, haben wir uns doch seit einigen Monaten dem Eindruck nicht ganz verschließen können, daß auch in der Klinik und Poliklinik unseres Krankenhauses eine gewisse Häufung von Komplikationen gesehen wurde, und zwar nicht etwa im Sinne von Hecht (1) als besonderes Hervortreten einer Organkomplikation, etwa von Epididymitis, die seit langen Jahren die bei weitem häufigste unserer Organerkrankungen darstellt, sondern vielmehr Komplikationen der allerverschiedensten Art; eine Beobachtung, die, falls man überhaupt eine Deutung geben will, weniger ihre Erklärung finden dürfte in einer speziellen Organempfänglichkeit, als vielmehr offenbar in einer Veränderung in der Virulenz der Gc. selbst[1]).

Beispielsweise hatten wir in den letzten $2^1/_2$ Monaten 7 Fälle von gonorrhoischer Arthritis und 1 Fall von spezifischer Tendovaginitis, eine Häufung von rheumatischen Affektionen, wie wir sie sonst manchmal in einem Jahre nicht zu sehen bekamen. Um eine Erklärung für dieses für uns auffallende gehäufte Vorkommen zu erhalten, suchten wir die Frage zu ventilieren, ob vielleicht andere, endogene Faktoren mit heranzuziehen wären: so haben wir in 5 der in Betracht kommenden Fällen den Harnsäurestoffwechsel untersucht und dabei folgendes festgestellt:

1. M., Heinrich, 20 Jahre, Gonitis, 2 mg-%,
2. B., Joseph, 28 Jahre, Gonitis, 2,5 mg-%,

[1]) Eine Mischinfektion, wie Hecht (1) für manche Gelenkprozesse annimmt, wird man kaum für die Mehrzahl der betr. Fälle vermuten können, zumal wenn sich der Beweis dafür nicht erbringen läßt (Kulturen aus Blut und Gelenkflüssigkeit).

Digitized by Google

3. E., Eduard, 30 Jahre, Rheuma, 2,6 mg-%,
4. T., Bernhard, 42 Jahre, Arthritis diffusa, 2,8 mg-%,
5. A., Otto, 18 Jahre, Gonitis + Tendovaginitis, 5,8 mg-%.

Bis auf den letzten also negative Befunde: immerhin scheinen mir derartige Untersuchungen nicht ganz unzweckmäßig zu sein; denn es wäre ja durchaus denkbar, daß jene Gonorrhoekranken besonders zu Arthritis neigen, die bereits in ihrer Konstitution dazu disponiert sind[1].

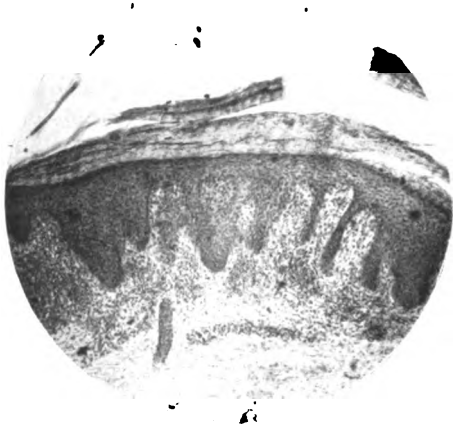


Abb. 1

Abb. 2

Eines weiteren Falles wäre hier Erwähnung zu tun, der neben seiner Arthritis — beide Kniegelenke, rechte Hüfte, rechtes Schultergelenk — eine typische gonorrh. Hyperkeratose über dem rechten Kniegelenk und Umgebung darbot. Auch solch ein gon. Exanthem hatten wir seit undenklichen Zeiten nicht beobachtet: klinisches wie mikroskopisches Bild waren typisch, das letztere bot etwa den Befund, wie ihn Frei (2) bei der Schilderung seines Falles betont: starke Entzündung im Strat. subpapill., Papillarkörper und Epithel, besonders in dessen oberen Schichten, unter Ausbildung geschichteter, stark parakeratotischer Krusten, z. T. noch unter intakter Hornschicht gelegen[2]) (Abb. 1 u. 2).

Weiter darf ich folgenden Fall einer Phlebitis resp. Thrombophlebitis hier heranziehen:

Sch., D., 30 Jahre, Techniker. Seit einer Reihe von Jahren an hartnäckiger, chronischer Gonorrhoe leidend, hauptsächlich in einer Spermatozystitis bestehend, seit 1926 in meiner Beobachtung. 1927 und 1928 erscheinungsfrei, beurteilt nach dem Ergebnis aller in Frage kommenden Untersuchungsmethoden, daraufhin Heiratserlaubnis erteilt (26. XI. 28).

3. VII. 29 erscheint Patient in meiner Sprechstunde und gibt an, daß er seit etwa 3 Monaten eine Schwellung der Vorhaut bemerke, die sich in den letzten 14 Tagen erheblich verschlimmert habe.

---

[1]) Diese Untersuchungen wurden liebenswürdigerweise von Dr. Soika, Leiter des Chem.-Physiolog. Institutes des hiesigen Stadtkrankenhauses I, auf unseren Wunsch ausgeführt. — [2]) Gonorrhoe wurde auch in unserem Falle trotz eifrigster Untersuchung nicht gefunden, wie das ja auch Buschke (3) für die große Mehrzahl aller diesbezüglichen Fälle hervorhebt.

Digitized by Google

Objektiv läßt sich eine Schlängelung und Verdickung der Adergeflechte des inneren Präputialblattes feststellen; die Umgebung dieser z. T. bleistiftharten Gefäße ist ziemlich diffus gerötet, mit einem Stich ins Bläuliche, ohne irgend welche Infiltration. — Probeexzision war nicht möglich.

In der Literatur findet sich über gonorrh. Phlebitis resp. Thrombophlebitis nur verhältnismäßig wenig. Ich darf erwähnen, daß nach Renault (4) die gonorrh. Phlebitis am häufigsten an den Venen des Penis selbst beobachtet wird, im allgemeinen als harmlos zu betrachten ist. Ferner ist erwähnenswert das Auftreten einer Thrombophlebitis bei Gonorrhoe im Verlauf einer gonorrh. Hyperkeratose, wie Olivet (5) sie beschreibt. In unserem Falle trat eine solche Venenentzündung sehr lange nach Ausheilung des gonorrh. Prozesses auf. Es war leider nicht möglich, den interessanten Fall weiter zu verfolgen (Provokation!), ebenso wie sich die weitere Klärung durch mikroskopische Untersuchungen nicht bewerkstelligen ließ.

Endlich darf ich das Auftreten eines Präputialödems in 5 Fällen innerhalb von einigen Wochen im Hochsommer erwähnen. Wenn es uns auch leider nicht möglich war, Probeexzisionen hierbei vorzunehmen, da die Patienten sie ablehnten, so spricht doch die ganze Pathogenese dieser Fälle dafür, daß es sich nicht um rein entzündliche Ödeme handelt, wie sie etwa durch die Anreizung äußerer Medikamente bedingt sein könnten.

Ich teile diese Fälle im folgenden mit.

1. Sch., Albin, 29 Jahre.

Seit 8 Tagen Gonorrhoe, von Anfang an bei einem Facharzt in Behandlung. Einspritzungen mit Azykal 1 : 12000, also einer relativ geringen Konzentration. 5 Tage später Vorhautödem.

2. G., Werner, 23 Jahre.

Seit 20 Tagen Gonorrhoe, zuletzt Einspritzungen mit 2%iger Targesinlösung. Am 21. Tage der Erkrankung Vorhautödem.

3. Sch., Heinz, 17 Jahre.

Seit 9 Tagen Gonorrhoe, Einspritzungen mit 1%iger, später mit 2%iger Targesinlösung. Am 10. Tage der Erkrankung Vorhautödem.

4. Sch., Robert, 20 Jahre.

Seit 6 Tagen Ausfluß aus der Harnröhre, von Anfang an gespritzt mit 0,05 Transargan, am 7. Tage Vorhautödem.

5. L., Fritz, 28 Jahre.

Seit 14 Tagen Gonorrhoe, Einspritzungen mit Targesin. Zeitpunkt des Eintretens des Vorhautödems läßt sich nicht ganz genau feststellen[1]).

Wenn man in unseren Fällen also den Beweis für die gonorrhoische Natur des Präputialödems nicht erbringen konnte, so sprechen doch auf der anderen Seite die Krankengeschichten nicht gerade für rein entzündliche (medikamentöse) Ätiologie oder für Stauung. Jedenfalls sind gonorrh. Präputialödeme resp. Ödeme überhaupt einwandfrei beschrieben: vgl. den Fall von Crippa (6), der 5 Tage nach der Infektion in dem Ödem des periurethralen Bindegewebes und der Haut, besonders des Frenulums, intra- und extrazelluläre Gonokokken fand; und Coppolino (7), der in dem eitrigen Sekret des Präputialsackes Gc. nachweisen konnte, während die Harnröhre frei war und erst eine Woche später erkrankte.

Anmerkung: In 2 weiteren Fällen, die in ihrem Charakter und ihrer Entstehung ganz ähnlich lagen, beobachteten wir einen auffallend schnellen Rückgang unter Go.-Vakzine.

Digitized by Google

Fassen wir das in den obigen Zeilen Mitgeteilte zusammen, so wird man gewiß nicht allzuviel daraus für den derzeitigen Stand und Verlauf der Gonorrhoe bei uns in Deutschland entnehmen können. Es erscheint uns aber doch die Mitteilung der in unserer Klinik im Verlauf einer Gonorrhoe zur Beobachtung gelangten Häufung verschiedenartigster Komplikationen — gemessen an dem Krankheitsbild der früheren Jahre — ratsam, zu dem Zwecke, auch andere Kliniken uud Fachkollegen zur Nachprüfung obiger Frage zu veranlassen.

Literatur

1. Hecht-Prag, Konstitution bei Gonorrheo. „Milde" Gonorrhoe-Behandlung. Derm. W., 1929, Nr. 37. — 2. Frei, Gonorrhoisches Exanthem und Enanthem bei Arthritis gonorrh. Schles. derm. Ges., Breslau, Sitzg. v. 28. I. 1922. Ref. Zbl. f. Haut- u. Geschlechtskrkh., 1922, Bd. 4. — 3. Buschke, a) Gonorrhoische Keratosen. Ges. Ber. Berl. Derm. Ges., Sitzg. v. 10. V. 1927. Ref. Zbl., 1927, Bd. 24. b) Entstehungsmechanismus gonorrh. Hyperkeratosen. Ges. Ber. Berl. Derm. Ges., Sitzg. v. 12. VII. 27. Ref. Zbl., 1928. Bd. 25. c) Buschke und Erich Langer, Hyperkeratotische Exantheme bei Gonorrhoe und ihre Beziehungen zur Psoriasis (Rud.-Virchow-Krankenhaus, Berlin). Derm. W., 1923. Bd. 76. Ref. Zbl. 1923, Bd. 8. — 4. Renault, Les complications cardiovasculaires de la blennorrhagie (Kompl. seitens des Gefäßsystems bei Gonorrhoe). Journ. des praticiens. Jg. 35. 1921. Ref. Zbl. 1922, Bd. 3. — 5. Olivet, I, Hyperkeratose und Thrombophlebitis bei Gonorrhoe. Inn. Abt. Landeskrankenhaus, Braunschweig. M. Kl. 1926. Ref. Zbl. 1927. — 6. Crippa, Aus dem Lehrbuch der Gonorrhoe von Buschke und Langer. Verlag Jul. Springer, 1926. — 7. Coppolino, Aus dem Lehrbuch der Gonorrhoe von Buschke und Langer. Verlag Jul. Springer, 1926.

Aus der Pjatigorsker Syphilidologischen Klinik (Direktor: Prof. Dr. N. Efron) des Balneologischen Institutes (Direktor: Prof. Dr. A. Ogilvi)

Zum Mechanismus der Balneotherapie bei der Syphilis

Von

Prof. Dr. N. Efron und Dr. S. Orlow

(Schluß)

3. Die sterilisierende Fähigkeit der balneologischen, Bismut- und der kombinierten Balneo-Bismut-Behandlung

Den Kardinalpunkt beim Studium der heilenden Wirkung irgend eines chemischen Stoffes oder einer therapeutischen Methode bildet die Lösung der Frage, ob und unter welchen Bedingungen die betreffende Methode oder die chemische Substanz die Fähigkeit besitzt, eine vollkommene Sterilisation des infizierten Organismus hervorzurufen oder ob sie nur die Rolle eines zeitweiligen symptomatologischen Mittels spielen. So beweisen die literarischen Ergebnisse, daß nach der Injektion besonders kleiner Dosen Salvarsan oder Quecksilber, wenn auch eine klinische Heilung des syphilitischen Prozesses beobachtet werden kann, bei weiteren Untersuchungen festgestellt wird, daß die betreffenden Tiere dennoch die Träger der symptomlosen Infektion bleiben (Neisser, Hill u. Joung, Manteuffel u. Worms, Prigge u. a.).

Die zuverlässigste Methode, um sich von der Sterilität des Versuchstieres zu überzeugen, ist die Überimpfung aller seiner Organe auf gesunde

Digitized by Google

Kaninchen. Die bevorzugteste Stelle der Lokalisation der Spirochäten während der latenten Periode sowie beim symptomlosen Verlauf der Syphilis sind bei den Kaninchen die Lymphdrüsen (besonders die Poplitealdrüsen [Brown und Pearce, Kolle]), die Hoden (Mulzer, Orlow), die Haut des Skrotums und der Extremitäten (Orlow), welche in der Regel mit positiven Resultaten den Kaninchen eingeimpft werden. Mit Hilfe dieser Methode gelingt es, manchmal auch in den übrigen inneren Organen, als im Blut, im Liquor und im zentralen Nervensystem Spirochäten zu entdecken (Brown und Pearce, Finkelstein, Noguchi, Plaut, Uhlenhuth und Mulzer u. a.).

Um die erwähnte Frage zu lösen, machten wir den gesunden Kaninchen Überimpfungen der Organe von 14 sich unter unserer Beobachtung befindenden Tieren. Da das Überimpfen aller Organe der betreffenden Tiere eine zu große Menge gesunder Kaninchen erfordert hätte, so beschränkten wir uns vorläufig nur auf diejenigen Organe, welche bei der latenten Syphilis die bevorzugtesten Stellen für die Lokalisation der Spirochäten bilden, d. h. die Poplitealdrüsen, die Hoden und die Haut des Skrotums.

Von diesen 14 Tieren, welche (s. Tab. 4) unter vielen anderen zur Beobachtung in das Staatliche Venerologische Bronner-Institut gebracht wurden und im Moment der Überimpfung keinerlei sichtbare Äußerungen der Syphilis aufwiesen, erhielten 5 (Nr. 308, 315, 318, 325, 309) im Laufe des Sommers nur eine balneologische Behandlung (hauptsächlich Schwefelbäder), 4 (Nr. 4106, 4109, 4081, 4116) nur eine Bismutbehandlung und 5 (Nr. 301, 326, 350, 327, 331) eine kombinierte balneologische- und Bismutbehandlung. Die Zeit der Infektion schwankte im Moment der Überimpfung zwischen 4 $^1/_2$ und 7 Monaten. Die Zeit jedoch, die seit dem Schluß der balneologischen Prozeduren oder der Injektion Bi verflossen war, betrug 2—5 Monate.

Wie wir aus Tab. 4 sehen, gab bei den 5 Kaninchen, welche balneologischen Prozeduren unterzogen wurden, die Überimpfung der Organe in 4 Fällen positive Resultate. Von den 5 Kaninchen, welche mit Bismutogwi behandelt wurden, gab die Überimpfung der Organe sowohl bei den Fällen mit kombinierter Therapie als auch mit reiner Bismutbehandlung negative Resultate. In den Fällen endlich, wo Bijochinol angewandt wurde, erwies sich die positive Impfung in den ersten der beiden Fälle mit reiner Bismuttherapie (Nr. 4081) und in einem der beiden Fälle mit kombinierter Anwendung mit Balneoprozeduren (Nr. 331). Es ist interessant zu bemerken, daß in diesem letzten Falle 2 Monate nach der Biopsie der Drüsen und des Skrotum oder 7 Monate nach der Injektion Bi auf der Nase des Kaninchens zwei gummenartige feste Geschwülste entstanden, welche die Größe einer kleinen Nuß erreichten (im Punktate wurde eine große Menge der Spirochaeta pallida gefunden) und die, ohne zu vereitern, sich im Laufe von 3 Monaten resorbierten.

So haben also die thermalen Balneoprozeduren bei unseren Versuchen eine heilende Wirkung auf die syphilitischen Prozesse der infizierten Tiere ausgeübt; sie haben sich jedoch in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle als vollständig unfähig erwiesen, den kranken Organismus von der Infektion zu befreien und haben dieselbe nur in den latenten Zustand

Digitized by Google

Tabelle 4. Die Resultate der Überimpfung der poplitealen Drü
welche der balneologischen, Bismut- oder kombinierter

Laufende Nummer	Nummer der Kaninchen	Diagnose	Balneotherapie		Bismuttherapie		
			Benennung der Balneoprozeduren	Zahl der Balneoprozeduren	Präparat	Dose auf 1 kg Reines Salz	Bi-met
1	308	Lues I	Schwefelbäder	30	—	—	—
2	315	„	„	30	—	—	—
3	318	„	„	30	—	—	—
4	325	„	„	30	—	—	—
5	309	„	Süßwasserbäder	17	—	—	—
6	4106	„	—	—	Bismutogwi	0.01	0.0044
7	4109	„	—	—	„	0.01	0.0044
8	301	„	Schwefelbäder	30	„	0.01	0.0044
9	326	„	„	23	„	0,01	0.0044
10	350	„	„	23	„	0.01	0.0044
11	4081	„	—	—	Bijochinol	0.025	0.005
12	4116	„	—	—	„	0.025	0.005
13	327	„	Schwefelbäder	30	„	0,025	0.005
14	331	„	Süßwasserbäder	30	„	0,025	0.005

gebracht. Das Bismutogwi dagegen übt, sogar wenn nur die Hälfte der für die Therapie angesetzten Dosis angewandt wird, unter denselben Verhältnissen des Experiments eine sterilisierende Wirkung in bezug auf die von den Spirochäten bevorzugten Organe bei den Kaninchen aus, und zwar wenigstens für die Dauer der Ausführung der Kontrolluntersuchungen. Und wenn die erhaltenen Resultate uns auch noch nicht das Recht geben von einer vollständigen Sterilisation des Tieres zu sprechen, denn eine solche hätte bei einer so kleinen Injektionsdose wie 4,4 mg Bi-met auf 1 kg Gewicht wohl kaum stattfinden können, wofür auch das Entstehen einer parenchimatösen Keratitis bei einem der Kaninchen (Nr. 326) spricht (klinisch ist dieselbe im Vergleich zu der syphilitischen Keratitis bei der unbehandelten Syphilis der Kaninchen nicht ganz charakteristisch und verläuft ohne Spirochäten in Flüssigkeit der vorderen Augenkammer); trotzdem sind die beschriebenen Resultate im Vergleich zu den Ergebnissen, welche nach der rein balneologischen Behandlung erhalten wurden, höchst demonstrativ. Das Bijochinol wurde in einer Menge von $^1/_3$ seiner Heildosis injiziert. Da es bei der klinischen Prüfung eine schwächere Wirkung als das Bismutogwi äußerte, konnte es in der Hälfte der Fälle auch keine sterilisierende Wirkung ausüben, obgleich dem Gehalt nach Bi-met in derselben Menge angewandt wurde wie Bismutogwi. Es ist interessant zu bemerken, daß die Bäder in dem gegebenen Falle den sterilisierenden Effekt der kleinen injizierten Dose von Bijochinol nicht verstärkte.

Zusammenfassung

1. Die tägliche Anwendung im Laufe eines Monats von Schwefel- oder Süßwasserbäder mit einer Temperatur von 31,5—33,5° R bei einer Dauer von 25—30 Min. übt einen therapeutischen Einfluß auf den Verlauf der experimentellen Syphilis der Kaninchen aus und bedingt die

Digitized by Google

sen, des Hoden und der Haut des Skrotums der Kaninchen, Balneo-Bismutbehandlung unterzogen worden waren

Überimpfung der Organe auf gesunde Kaninchen				
Dauer der Infektion	Dauer der Injektion Bi	Resultate der Überimpfung		
		Popliteal-drüsen	Hoden	Haut des Skrotum
7 Mon.	—	—	—	Negativ
4½ „	—	—	Positiv	Positiv
7 „	—	—	—	„
4½ „	—	—	Positiv	„
7 „	—	—	„	Negativ
4 „	2⅔ Mon.	Negativ	Negativ	„
4 „	2⅔ „	„	„	„
4½ „	3 „	—	„	„
6½ „	4 „	Negativ	„	„
4½ „	2 „	„	„	„
4⅔ „	2⅔ „	„	„	Positiv
4 „	2⅔ „	„	„	Negativ
7 „	5 „	„	„	„
7 „	5 „	„	„	„
		„	Positiv	„

vollständige Verschwinden der Spirochäten im Laufe von 12—18 Tagen mit darauffolgender Resorption der harten Schanker.

2. Der therapeutische Effekt der Balneotherapie steht in seiner Wirkung auf die Spirochäten der Bismutbehandlung bedeutend nach. Während das Bismut bei der Injektion in den infizierten Organismus sogar bei sehr kleinen Dosen, wenigstens eine gewisse Zeit hindurch, eine sterilisierende Wirkung ausübt, führen die Balneoprozeduren von Anfang an nur zum symptomlosen Verlauf der Infektion.

3. Die kombinierte Anwendung der Bismut- und balneologischen Behandlung ruft bei den infizierten Kaninchen im Vergleich zu der gewöhnlichen Bismuttherapie einen erhöhten therapeutischen Effekt hervor.

Schluß

Der zweite Teil unserer experimentellen Arbeit gibt uns die Möglichkeit, wie wir es auch beim ersten Teil getan haben, die in der Klinik erhaltenen Resultate wiederzugeben und auszunutzen.

Die an den Kaninchen ausgeführten Versuche ließen uns mit voller Gewißheit den Einfluß der Schwefelthermen auf die Erhöhung des therapeutischen Effektes der sogenannten spezifischen Medikamente im gegebenen Falle, der Bismutpräparate, feststellen. Es gelang uns tatsächlich, an den von uns gemachten Experimenten und in den Grenzen unserer Beobachtungszeit, mit Hilfe der Anwendung von Bismutogwi und Bijochinol, sogar in halben Mengen im Vergleich zu den gewöhnlichen therapeutischen Dosen, einen unbestreitbaren Beweis für den Vorzug der kombinierten balneo-medikamentösen Therapie zu erhalten. Diese Ergebnisse unseres Experimentes bestätigten und bekräftigten ganz besonders eine im Jahre 1927 von einer von uns beobachtete Tatsache der Erhöhung der therapeutischen Wirkung der mittleren und sogar kleinen Dosen der

Digitized by Google

antisyphilitischen Medikamente bei gleichzeitiger Anwendung von Schwefelthermen unter den Verhältnissen eines Kurortes [1]). Der Einfluß auf das Allgemeinbefinden und die RW waren bei einer Reihe von Kranken mit Anwendung eines sehr schwachen Kursus von spezifischer Behandlung zugleich mit Schwefelbädern, in der Art der Behandlung, die man in den städtischen Verhältnissen haben kann, nur bei viel größerer Energie im Durchführen der Behandlung. Nicht uninteressant ist es, darauf hinzuweisen, daß der erhaltene Effekt in vielen Fällen auch ziemlich dauernd war, indem er auf die späteren Resultate der Kurortbehandlung günstig gewirkt hatte, was wir durch nachfolgende Beobachtung im Laufe mehrerer Jahre (bis zu 3 Jahren) festellen konnten. Wenn wir nun in Betracht ziehen, daß viele Personen die spezifische Therapie überhaupt schlecht vertragen und daß im besondern die Zahl der Nebenerscheinungen bei energischer Behandlung in der Masse steigt, lohnt es wohl kaum noch zu sagen, daß eine solche Tatsache in der Verbesserung der Methodik der kombinierten Therapie der Syphilis eine bestimmte Rolle spielen muß.

Der zweite Umstand, der hier noch einmal betont werden muß, ist der sogenannte selbständige therapeutische Effekt, welcher von uns nur durch die thermalen Prozeduren bei etwas veränderter Methodik der Anwendung konstatiert wird. Wie wir in Tab. 4 sehen, beschränkte sich die Therapie in diesem Falle nur auf den zeitweiligen rein symptomatischen Einfluß der Bäder auf die schnelle Heilung des harten Schankers ohne den kleinsten, jedoch wirklichen sterilisierenden Effekt.

Edmund Saalfeld

Am 15. Februar 1930 starb nach längerem, qualvollem Leiden Edmund Saalfeld Berlin. Mit ihm ist ein Vertreter jener Dermatologengeneration dahingegangen, welche nach der klassischen Periode unserer Fachwissenschaft, die durch die Namen Hebra, Kaposi, Unna u. a. repräsentiert wird, die Aufgabe zu lösen hatte, in dem anscheinend auf Morphologie, Anatomie, Bakteriologie festgegründeten Gebäude am inneren Ausbau Hand anzulegen. Die heutige Forschergeneration, die in vorbildlich eingerichteten Spezialkliniken, unterstützt von einem Stabe von Assistenten und anatomisch, bakteriologisch, chemisch und tierexperimentell geschulten Hilfskräften, im Verein mit Krankenhauskollegen aller Einzeldisziplinen, wissenschaftliche Arbeiten gewissermaßen am laufenden Band produzieren kann, ahnt nicht mehr, was es heißt, nur auf das eigene Können gestützt, nur auf die widerstrebende und schwer zu behandelnde Privatklientel beschränkt ohne die Hilfsmittel eines öffentlichen Instituts arbeiten zu müssen. Edmund Saalfeld hat einen großen Teil der Schwierigkeiten besiegt und treu 4 Dezennien seiner Wissenschaft gedient. 6 Jahre lang durfte er Schüler und Mitarbeiter Köbners sein; seinem Lehrer verdankt er die Einstellung zu den praktisch wichtigen klinischen und vor allem therapeutischen Fragen unserer Disziplin. Eine große Zahl von Arbeiten beschäftigt sich mit einzelnen Krankenbeobachtungen und vor allem mit der Prüfung neuer Arzneimittel. Wie jeden Therapeuten befähigte ihn ein gewisser Optimismus immer wieder neu empfohlene Heilmethoden anzuwenden und über seine Erfolge zu berichten. Viel Arbeit verwandte er auf die von Liebreich inaugurierte, heute wohl vergessene Methode der Kantharidinbehandlung des Lupus.

---

[1]) Prof. N. S. Efron, Die Balneotherapie als eine der wichtigen Methoden der unspezifischen Behandlung der Syphilis (Arbeiten des Balneologischen Instituts, 1927, Bd. IV, Pjatigorsk).

Digitized by Google

Gerade die bejahende Einstellung zur Hauttherapie veranlaßte SAALFELD sich mehr und mehr mit einem der allerschwierigsten Gebiete der Dermatotherapie, mit der Kosmetik zu beschäftigen. Obwohl das Werk des Wiener PASCHKIS in mehreren Auflagen vorlag, war in Deutschland die „Schönheitspflege der Haut" meist in den Händen von Nichtärzten. Es ist SAALFELDS unbestrittenes Verdienst, in vielen Publikationen, in gut besuchten Kursen, in einem sechsmal neu aufgelegten und ins Russische, Englische, Holländische, Spanische, Italienische übersetzten, klar und übersichtlich geschriebenen kleinen Lehrbuch für die „Kosmetik" als Sonderzweig der Dermatologie eingetreten zu sein. Wieweit und ob überhaupt die „Kosmetik" von der Hauttherapie zu trennen ist, und ob nicht der Begriff der ersteren selbstverständlich in der letzteren enthalten ist, soll hier nicht erörtert werden. SAALFELD hat jedenfalls den Anstoß dazu gegeben, die wissenschaftliche Beobachtung der in den Bereich der „Kosmetik" fallenden Dermatosen zu fördern. Dem Geist unserer Zeit entsprechend, gründete er auch einen Verein der kosmetisch tätigen Ärzte.

Außer der Klinik widmete SAALFELD seine Arbeit der Anatomie, Physiologie und pathologischen Anatomie. Genannt seien seine Publikationen über: THYSONsche Drüsen; zur Lehre der Bewegung und Innervation der Haare; über Exzision großer Hautstücke; zur pathologischen Anatomie der Haut im Alter unter Berücksichtigung der Arterienveränderungen.

SAALFELD war in allen Kreisen der Ärzteschaft Berlins, Deutschlands und des Auslandes ein hochgeehrter und wegen seiner vortrefflichen Charaktereigenschaften beliebter Kollege, der seit Begründung der Berliner Dermatologischen Gesellschaft dem engeren und weiteren Vorstand angehörte und an der Leitung den Arbeiten dieser größten deutschen Fachgesellschaft Anregung gebend, Gegensätze ausgleichend und durch eigene Arbeitsfreudigkeit anspornend tätig war.

Die dermatologische Wissenschaft wird ihres fleißigen Förderers, die Fachärzte ihres lieben Kollegen gedenken. J. HELLER-Berlin-Charlottenburg.

Versammlungen

Berliner Dermatologische Gesellschaft

Sitzung vom 11. Juni 1929

Bericht von L. Kleeberg-Berlin

I. Univ.-Hautklinik:

1. Gottron: a) Juxtaartikuläre Knoten.

b) Lichen ruber der Hohlhände.

c) Lichen nitidus, makulöses sekundäres Syphilid nach Reinfektion.

d) Mycosis fungoides.

Lesser weist darauf hin, daß die Knoten unter spezifischer Therapie kleiner geworden, aber nicht vollkommen geschwunden seien.

Ziemann hat solche Tumoren recht häufig bei Eingeborenen beobachtet, aber nie bei Europäern. Betroffen waren fast immer nur Erwachsene. Syphilis war damals in Kamerun bei den Eingeborenen fast unbekannt. Damals konnte ein Zusammenhang der juxtaartikulären Knoten mit Syphilis nicht festgestellt werden.

2. Freund: Xanthome.

II. Löhe: Ulcus molle am Mittelfinger.

III. Ledermann: a) Lues III des Penis bei Lues cerebri.

b) Lymphangiom am Augenlid?

Franz Rosenthal glaubt an eine durch die Tränenflüssigkeit bedingte Dermatitis.

Gottron hält es für eine zirkumskripte Hautatrophie.

Bruhns kann keinerlei Verbindung der kleinen Geschwulst mit der Tränendrüse ertasten und hält auch die Diagnose eines Lymphangioms für wahrscheinlich.

IV. Bruhns: 1. Fall von **Neurodermitis faciei** mit ungewöhnlich tiefer Furchenbildung, an Facies leonina erinnernd.

18jähr. Pat., seit Kindheit Ausschlag im Gesicht und an den Gelenkbeugen, in letzteren jetzt Besserung.

Digitized by Google

2. Persistierendes Ödem an beiden Wangen unterhalb der Augen und an der Stirn.

Beginnender Lupus pernio? Traumatische Ätiologie? Bei dem etwa 40jähr. Pat. besteht die blaurot verfärbte, etwas polsterartige Schwellung seit über 1 Jahr. Keinerlei Beschwerden. Vor Beginn der Schwellung bestand auf der rechten Seite „Zahnvereiterung" leichteren Grades, die inzidiert wurde. Zähne, Kieferhöhlen, Naseninneres jetzt ganz o. B. Therapie des Ödems: Röntgenbestrahlung.

3. Lupus erythematodes durch Triphal gebessert.

37jähr. Pat., mit ausgedehntem Lupus erythematodes im Gesicht, Beginn vor 7 Jahren, keine Tuberkulose nachweisbar, keine hereditäre Belastung.

4. Papulonekrotisches Tuberkulid an beiden Beinen.

24jähr. Mädchen. Beginn vor 3 Jahren. Ausbreitung auf Unterschenkel und Oberschenkel. Neben den typischen, hanfkorn- bis linsengroßen eitrigen Einschmelzungen und entsprechenden Narben größere, etwa pfenniggroße Ulzera, die durchgebrochenen Knoten von Erythema indur. Bazin gleichen. Lungen o. B., keine sonstige Tuberkulose. Anamnese.

V. Pinkus: Lichen ruber oder Lichen scrofulosorum?

VI. Löwenstein (Klinik Buschke): 1. Salvarsanresistente Lues II/III.

2. Rupia syphilitica.

VII. W. Fischer: 29jähr. Frau mit ringförmiger **Hautaffektion auf** rechter und linker Stirn, die aus gelblich-braunen, konfluierenden Knötchen besteht, **Boecksches Sarkoid?**

VIII. E. Langer: Symmetrische Keratose mit chronischer Gelenkerkrankung über Gonorrhoe bei 23jähr. Manne.

Seit 1927 Schmerzen in beiden Hüftgelenken, die zu allmählicher Versteifung führten, gleichzeitig trat eine Schwellung beider Fußgelenke auf. Seit Februar 1929 Verlust der Nägel der r. und l. großen Zehe, Bildung hornartiger Auflagerungen auf den Zehenkuppen.

2. Demonstration von **Diapositiven von Urethra- und Prostatatogrammen.**

Ausgedehnte Prostatitis mit Füllung der Ausführungsgänge der Prostata. Striktur der Urethra: Füllung beider Cowperschen Drüsen und gleichzeitige Striktur. Striktur der Urethra und Urethralhodenfistel vor und nach der Operation.

Heller hält die Affektion bei dem an starker Seborrhoe und seborrhoischem Ekzem leidenden Kranken für ein lokalisiertes Nagelekzem.

Frei denkt in erster Reihe an Akrodermatitis continua suppurativa (Hallopeau). Dafür spricht vor allem der völlige Verlust der Nagelplatten beider befallenen Zehenendglieder, ein Befund, der sowohl für „gonorrhoische" Keratose wie für seborrhoisches Ekzem ganz außergewöhnlich wäre.

Aussprache zu den Vorträgen Bergel und O. Rosenthal. Über die Heilbarkeit der erworbenen Syphilis und die Frage der Immunität.

Worms: Die Ausheilung der experimentellen Syphilis beim Kaninchen läßt sich mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit durch die kombinierte Drüsen- und Organbreiverimpfung feststellen. (Möglichst viele Lymphdrüsen, viele Organe intratestal verimpfen; bei negativem Ausfall weitere Drüsen-Organbrei-Verimpfungspassagen.) Bei weitem nicht so sicher zur Prüfung der Ausheilung ist die Reinfektionsmethode. Günstiger als beim Kaninchen liegen die Verhältnisse bei Experimenten mit Mäusen, wegen der Möglichkeit Organe und Lymphdrüsen in ihrer Gesamtheit weiter verimpfen zu können.

Frei: Der Bergellsche Standpunkt, daß sich auch beim Kaninchen die Heilung der Syphilis nicht exakt feststellen lasse, steht im Widerspruch zu der Ansicht der meisten experimentellen Syphilidologen. Beide für diesen Zweck gebräuchlichen Verfahren, das der Organverimpfung wie das der Wiederimpfung, sind bereits von Neisser in großem Umfange angewandt worden. Die frühere Feststellung Neissers, daß die Syphilis beim niederen Affen keine Immunität hinterläßt, verliert durch die neuen, anscheinend entgegengesetzten Befunde am Kaninchen nicht an Wert. F. ist schon lange aufgefallen, daß der Kaninchensyphilis vor allem ein Merkmal der Menschensyphilis, die Allergisierung, die Abstufung in Stadien, fehlt. Die hämatogenen Metastasen an Auge, Hoden und Haut entsprechen nicht den Sekundärerscheinungen des Menschen, sondern gleichen Primäraffekten. Ferner ist das Vorkommen tertiärer Veränderungen nicht erwiesen. Die sogenannten Hodengummen sind in Wirklichkeit spirochätenreiche Produkte.

Digitized by Google

Fritz Lesser: Bei der Salvarsanbehandlung der WR-negativen Primäraffekte kommt es zur Abtötung der Spirochäten, bevor es zur Ausbildung einer Immunität kommt. Bei seropositiver Lues sind Reinfektionen seltener, aber Bergell ist wohl zu pessimistisch, wenn er die Lues nur in der seronegativen Periode und etwas darüber hinaus für heilbar hält. Wenn Rosenthal die Immunität leugnet, so muß die Syphilis vor der Salvarsanära meistens nicht geheilt sein. Bezüglich der Immunitätsfrage wird man stutzig, wenn man an dem Prostituiertenmaterial sieht, daß eine Anzahl von Frauen, die vor vielen Jahren eine Lues durchgemacht haben, später gesund und WR-negativ bleiben, obwohl sie der Neuansteckung fortgesetzt ausgesetzt sind. Bei chronisch verlaufenden Fällen bildet sich die Immunität nur langsam aus. Der Ansicht, daß die Ausheilung der Syphilis nicht feststellbar sei, muß widersprochen werden, besonders für das Frühstadium der Lues.

Bergell (Schlußwort): Nach definitiver Heilung der Syphilis bleibt keine Immunität zurück; die scheinbare Immunität beruht auf einer noch vorhandenen, wenn auch latenten und zuweilen vielleicht gar nicht krankmachenden Infektion, die infolge der Abwehrwirkung der im Körper gebildeten Antistoffe eine veränderte Reaktionsfähigkeit gegenüber einer Neuinfektion bedingt.

Heller: Ist die Unterlassung der Frühbehandlung der Syphilis wirklich ein die Schadenersatzpflicht des Arztes bedingender Kunstfehler? R.G.E., 18. I. 1929, 257/23.

Die Reichsgerichtsentscheidung beruht auf dem Tatbestand, daß ein Naturarzt bei einem an einer kleinen Erosion der Vorhaut leidenden Patienten keine Spirochätenuntersuchung vornahm und die Syphilis statt eventuell am 2. X. am 4. XII. 1925 diagnostizierte. Beide Vorinstanzen sowie das Reichsgericht nahmen an, daß bei Frühbehandlung auf Grund eines positiven Spirochätenbefundes der Kranke in 6 bis 8 Wochen sicher geheilt worden wäre, während er jetzt jahrelange Kuren durchmachen müsse. Heller bestreitet ganz entschieden, daß eine Frühbehandlung in 6—8 Wochen zu 100% Heilung herbeiführt. Heller hält weder die Unterlassung der Spirochätenuntersuchung noch die Unterlassung der Frühbehandlung für einen Kunstfehler. Er hält die Reichsgerichtsentscheidung für höchst bedenklich und meint, die Ärzte könnten hiernach sich veranlaßt sehen, in zunächst zweifelhaften Fällen die Frühbehandlung der Syphilis anzuwenden, ohne eine sichere Diagnose zu stellen.

Benedek-Leipzig: Über die Blutkulturen des Schizos. hominis (Demonstrationsvortrag).

Die Züchtung der Spalthefe aus dem strömenden Blute gelingt mit den in der Mykologie bisher fast ausschließlich verwendeten Methoden (Blutplattengießen, Blut auf Schrägagar) nicht. Die „Anzüchtung" gelingt nur in flüssigen Medien. Als solche sind verwendet worden: 1. eine 5%ige Glukosebouillon (rohe Glukose Merck, Standard Nährbouillon I Merck); 2. 2%ige Traubenzuckervenülen der Behring-Werke. Die erstere hatte eine pH 6,9—7,2, die letztere konstant pH 7,2. Bei jeder kulturellen Blutuntersuchung sind im allgemeinen 3 Kölbchen zu 50 ccm (etwa 30 ccm 5%ige Glukosebouillon + 5 ccm Venenblut) und etwa in 100 Fällen noch außerdem je zwei Traubenzuckervenülen beschickt worden. Die Venülen dienten zur Kontrolle, um bezüglich der Provenienz der Spalthefeblutkulturen im vornherein jeden Zweifel oder späteren Einwand auszuschließen. Nachdem beide Methoden ein ganz identisches Resultat ergeben haben, ist im weiteren Verlauf der Untersuchung auf Verwendung von Traubenzuckervenülen verzichtet worden. Über den Zeitpunkt des Positivwerdens einer Blutkultur kann man ähnlich genaue Angaben wie bei den Hautkulturen nicht machen. Bei 27° C sind die Blutkulturen zwischen 24 Stunden und 4 Wochen positiv geworden. Ein noch späteres Positivwerden kam nicht zur Beobachtung. Die Blutkulturen sind entweder spalthefepositiv geworden oder sie blieben in einer Beobachtungszeit bis zu 4 Monaten absolut steril, i. e. ohne Wachstum irgend eines anderen Mikroorganismus. Die primären Blutkulturen sind aus den flüssigen Medien stets auf den 8%igen Glukoseagar umgezüchtet worden, eine Conditio sine qua non, um die Echtheit des Blutbefundes an Spalthefe zu verifizieren. Die Blutkulturen der Spalthefe lassen sich aus den primären flüssigen Nährmedien auf den festen Nährboden (8%iger Glukoseagar) sehr häufig erst übertragen, nachdem sie zunächst durch 3—5—8 Bouillongenerationen geführt worden sind. Auf dem 8%igen Glukoseagar zeigen die Blutkulturen der Spalthefe im Vergleich mit den homologen Hautkulturen derselben makroskopisch wie mikroskopisch einen großen Unterschied. Die Blutspalthefen bilden im allgemeinen eine kleine, gewöhnlich bucklige,

Digitized by Google

lehmige, trockene, leicht abbröckelnde, gelblichbräunliche, stecknadelkopf- bis linsengroße Kolonie in der ersten Agargeneration, während die Hautspalthefen durch üppige, zerfließende, vielfach fadenziehende, manchmal schleimige, grauweiße Kolonien ausgezeichnet sind. Die Blutspalthefen sind vielfach auch in höheren Agargenerationen durch ihre bazilloforme Gestalt ausgezeichnet, während die Hautspalthefen schiffchenförmig sind. Auf Grund ausgedehnter Untersuchungen lassen sich daher zwei durch auffallende Merkmale unterscheidbare Formen (Typen) der Spalthefe aufstellen: 1. ein Bluttyp, 2. ein Hauttyp. Der Bluttyp ließ sich bisher konstant aus dem Blute, aus Effloreszenzen des Schizosaccharomykid (Pityriasis rosea) und ein einziges Mal unter Tausenden von primären Hautkulturen bei der generalisierten Form der Mykose aus Körperschuppen züchten. Sehr bemerkenswert ist es, daß der Bluttyp der Spalthefe von der Kopfhaut noch niemals gezüchtet werden konnte. Insgesamt sind z. Z. 206 Blutuntersuchungen bei der Spalthefemykose ausgeführt worden. Bei der Gesamtzahl von 206 Fällen waren 36 = 17,48% Blute spalthefepositiv; darunter 87 Fälle der lokalisierten Form (Pityriasis capitis) mit 8 = 9,19%, 103 Fälle mit 23 = 22,33% der generalisierten Formen und schließlich 16 Fälle des Schizosaccharomykid (Pityriasis rosea) mit 5 = 31,25% spalthefepositivem Blutbefunde. Die vorliegenden Blutbefunde, die ausnahmslos einmalige sozusagen Stichproben sind, bilden im Rahmen der bisher für die ätiologische Bedeutung des Schizosaccharomykid hominis angeführten Momente einen sehr wichtigen weiteren und ausschlaggebenden Beweis. Das Gelingen der Züchtung der Spalthefe im Bluttyp aus den Effloreszenzen und nur aus diesen beim Schizosaccharomykid (Pityriasis rosea) schließt diese Affektion noch enger in die große Gruppe jener polymorphen klinischen Bilder ein, die auf Grund der bisherigen Untersuchungen des Vortragenden durch die Spalthefe bedingt sind (Demonstration von Diapositiven, Photogrammen und Mikrophotogrammen von Blut- und Hautkulturen des Schizosaccharomykid hominis sowie von einer großen Anzahl lebendiger Blut- und Hautkulturen der Spalthefe).

Referatenteil

Fachzeitschriften

Archiv für Dermatologie und Syphilis

Bd. 158, H. 2

Engelhardt, W., u. H. Geißler-Gießen: Eczema seborrhoicum Unna oder Schizosaccharomykosis Benedek? 3. Mitteilung: Über immunbiologische Vorgänge bei der Schizosaccharomykose (Spalthefemykose). (Hautklinik.) S. 277.

Die Mitteilung beschäftigt sich mit der Prüfung der immunbiologischen Verhältnisse. In keinem einzigen Falle konnte in der Komplementfixation mit Spalthefeantigen eine starke positive Reaktion erzielt werden. Die Zahl der schwachen Reaktionen war nicht größer als die der gleichzeitig geprüften Kontrollantigene, und die Agglutinationsprüfung ergibt, daß außer der geringen Kraft der Sera für Spalthefen ein Auftreten unspezifischer Agglutinationen (mit in einigen Fällen sogar höherem Titer) gegen das Vorhandensein spezifischer Agglutinine spricht. Injektionen mit Spalthefeallergen zeitigten nur in 5% positive Ergebnisse (im Sinne Benedeks). Der gleiche Prozentsatz wurde beobachtet bei der Prüfung auf Abwehrstoffe mit Streptokokken und Soorallergen. Prüfung mit Pityrosporon-Malassez-Allergen ergab sogar in 7% positive Reaktionen. In Verbindung mit früheren sprechen diese Ergebnisse dafür, daß die Spalthefe nur ein Nosoparasit der menschlichen Haut ist.

A. Marchionini-Freiburg i. B.: Untersuchungen über die Wasserstoffkonzentration der Haut. (Hautklinik.) S. 290.

Die Messung der Wasserstoffionenkonzentration der Hautoberfläche ergibt eine hohe Azidose, die zwischen den Werten pH 3,0—5.0 schwankt. Sie entsteht durch Verdunstung des sauren Schweißes. Die Beobachtung der Schweißsekretion im Luftbad zeitigt anfänglich stets sauren Schweiß. Hierbei ist sein Aziditätsgrad höher, wenn er von ekkrinen Drüsen geliefert wird als von apokrinen. Bei hochgradiger Steigerung

Digitized by Google

der Schweißsekretion nimmt der Säuregehalt des Schweißes allmählich ab und geht in Alkalose über, bei apokrinem Schweiß rascher als bei ekkrinem. Hört der Lichtreiz auf, so kehrt die Schweißreaktion aus der Alkalose in die Azidose zurück. Bei Verdunstung in vitro zeigt ekkriner Schweiß eine dauernde Steigerung der Azidose, apokriner wird alkalisch durch Zersetzung. Der osmotische Druck und der Elektrolytgehalt des Schweißes folgen im allgemeinen den Bewegungen der Ionenzahl des H, nur bei der Verdunstung von apokrinem Schweiß zeigen beide im Gegensatz zu der H-Ionenzahl einen Anstieg. Behindert man die Verdunstung bei 37°, so verliert auch der ekkrine Schweiß seine Azidose und geht unter Zersetzungserscheinungen in Alkalose über. Durch Pilokarpin gewonnener Schweiß zeigt im ekkrinen Sekretionsprodukt verschiedene Grade saurer bis alkalischer Reaktion, im apokrinen nur alkalische. Diese Differenz zwischen ekkrinen und apokrinen Schweißdrüßen bedingt eine regionäre Verschiedenheit der Hautazidose. Ebenso lassen sich Unterschiede derselben bei den verschiedenen Geschlechtern und bei den einzelnen Altersstufen nachweisen. Die Messung der aktuellen Reaktion der verschiedenen Hautschichten läßt ein Wasserstoffgefälle erkennen, das von der hohen Azidose der Hautoberfläche ausgeht, in den unteren Lagen der Stachelzellschicht den Neutralpunkt überschreitet und schließlich in die deutliche Alkalose der Basalschicht und der Kutis übergeht. Die Entstehung des Wasserstoffionengefälles wird auf anatomische und physiologische Verhältnisse zurückgeführt. Seine Bedeutung für die Erkrankung der Haut (exogene Infektionen) wird an mehreren klinischen Beispielen nachgewiesen.

Urbach, E., u. A. Wiedmann-Wien: Morbus Pringle und Morbus Recklinghausen. Ihre Beziehungen zueinander. (Hautklinik.) S. 334.

In einer Familie haben der Vater und 6 Kinder einen Morbus Pringle von einem reinen klinischen Typ, 5 weitere Kinder Zeichen einer tuberösen Hirnsklerose. Eines der ersten Kinder leidet gleichzeitig an Morbus Recklinghausen. Beide Krankheiten sind Erscheinungsformen der gleichen Grundursache und werden als Systemerkrankung des Ekto- und Mesoderms auf Grundlage einer bereits in embryologischer Zeit einsetzenden Entwicklungsstörung aufgefaßt. Trotz dieser ätiologischen Verwandtschaft stellen beide durchaus verschiedene Krankheitsbilder dar.

Kadisch, E.-Charlottenburg: Beiträge zur Lehre von den Dermatomykosen. 1. Mitteilung: Die rein subkutane Pilzinfektion des Meerschweinchens. (Krkhs.-Hautabt.) S. 344.

Glaskapillaren, mit Achorion gypseum gefüllt und sicher eingeschmolzen, werden Versuchstieren unter die Haut appliziert. Versuche ergeben, daß eine einwandfreie subkutane Applikation von Pilzmaterial ohne jede Hautläsion mit größerer Sicherheit nur durch die Zertrümmerung der subkutan eingeheilten Kapillaren möglich ist. Durch anaerobe Aufbewahrung des Pilzes tritt eine Virulenzabschwächung ein.

Kadisch, E.-Charlottenburg: Beiträge zur Lehre von den Dermatomykosen. 2. Mitteilung: Über den Verbleib intrakardial injizierten Pilzmaterials beim Meerschweinchen. (Krkhs.-Hautabt.) S. 349.

Bei einfachen Herzinfektionen konnte man den Pilz (Achorion gypseum) in inneren Organen nachweisen, auf der Haut aber nur dann, wenn dieselbe durch lokale Reizung vorbehandelt war; im strömenden Blute nur 24 Stunden und auffallenderweise beim überlebenden Tiere nach vielen Monaten ausschließlich im Herzmuskel.

Vohwinkel, K. H.-Essen: Keratoma hereditarium mutilans. (Hautkl.) S. 354.

Eine 24jähr. Frau leidet seit Kindheit an einem Keratom, das nicht bloß an Handflächen und Fußsohlen, sondern auch auf dem Rücken dieser Teile sowie an anderen Stellen der Extremitäten herdförmig lokalisiert ist. Der Fall tritt nicht familiär, sondern einzeln auf. Das Auffällige an diesem Krankheitsbilde ist das Vorkommen ringförmiger Verhornungen an den Fingern. Dieser Prozeß ist nicht stationär, sondern schreitet zu allerdings sich über Jahrzehnte erstreckender Strangulierung der Fingerglieder. Das Ende des Prozesses ist eine Mutilation des vorliegenden Fingerabschnittes wie bei einer Lepra.

Ebert, M. H.-Zürich: Die histologischen Veränderungen nach einmaliger Salvarsanapplikation in der Haut. (Hautklinik.) S. 365.

Intradermale Injektionen und schon einmalige Impfstriche mit einer Salvarsanlösung sind imstande, tiefgreifende Veränderungen in der Haut zu erzeugen. Histologisch finden sich in der Kutis Infiltrate aus Lymphozyten, Fibroblasten, einzelne Epitheloidzellen in perivaskulärer, follikulärer und perifollikulärer Anordnung, in der Epidermis Spongiosierung, Bläschenbildung, Leukozytendurchwanderung. Außerdem regene-

Digitized by Google

rative und degenerative Veränderungen, wie Akanthose, Hyperkeratose, Mitosen, Kernvergrößerung und Vermehrung der Epithelzellen. Dieselben nehmen schließlich Formen an, wie sie bei der Bowenschen Krankheit, der Röntgendermatitis zu beobachten sind und die man als präkanzerös bezeichnen kann. Die Veränderungen sind durchweg sehr ausgesprochen und scheinen sich außerordentlich lange zu halten, da sie nach 8 Monaten noch in deutlicher Ausbildung angetroffen wurden.

Sellei, J.-Budapest: Pruritus hiemalis und die nach Kälte entstehenden allergischen Hautkrankheiten. (Hautabt. der Charité.) S. 378.

Beobachtungen und angestellte Versuche bzw. der Koagulation, der Senkungsgeschwindigkeit der roten Blutkörper sowie der hämoklastischen Krise ergeben, daß der Pruritus hiemalis eine paradoxe Sensibilitätsreaktion der Haut, jedoch keine allergische Krankheit ist. Pruritus hiemalis zeigt als Hauterscheinungen nur die banalen konsekutiven Symptome des Juckens und Scheuerns, er tritt nicht direkt als Folge eines lokalen Kältereizes, sondern erst nach geraumer Zeit, wenn die kalte Luft genügend auf die gesamte Oberfläche eingewirkt hat. Der Pruritus verhält sich hierbei gegensätzlich zu den durch Kälte hervorgerufenen allergischen Hautkrankheiten, die unter den morphologischen Bildern einer Urtikaria, eines Ekzems, einer Prurigo und auch einer Dermatitis herpetiformis Duhring auftreten können. Die bekannten antipruriginösen Mittel blieben unwirksam, dagegen waren Terentininjektionen erfolgreich.

Biberstein, H.-Breslau: Zur Histologie der interdigitalen Mykose. (Hautkl. S. 388.

Bei der interdigitalen Sproßpilzerkrankung finden sich die Pilze nur in mit Hornschicht bedeckten Partien, niemals in erodierten. Im Schnittpräparat bemerkt man in der Hautoberfläche Sproßformhäufchen, von denen aus sich Myzelien durch die Dicke der Hornschicht nach abwärts ziehen. Hierbei ist recht bemerkenswert, daß gelegentlich auch Myzelien in die obersten Lagen des Rete eintreten. Die Erkrankung stellt also eine relativ tiefe Mykose dar.

Brill, E.-Jena: Über das gleichzeitige Auftreten syphilitischer Hauterscheinungen mit Metalues nach Malariabehandlung. (Kasuistische Mitteilung.) (Haut. S. 393.

Ein Tabiker bekam nach einer vor 2 Jahren durchgemachten Malariakur tertiäre Hautprozesse, mit deren Entwicklung die vorher bestehenden sensiblen Störungen verschwanden. Die Hauterscheinungen wurden nicht antiluetisch behandelt und 2 Wochen später trat ein generalisiertes Exanthem über den ganzen Körper auf. Als das Exanthem nach weiteren 14 Tagen sich zurückbildete, kamen auch allmählich die tabischen Beschwerden wieder. Das Exanthem hatte papulösen Charakter und war in seiner Entstehung wohl dadurch begünstigt, daß noch vor der Malariakur eine intensive Salvarsanbehandlung stattgefunden hatte. Im besonderen wird darauf hingewiesen, daß tabische Krisen durch Pruritus ersetzt werden können und daß somit ein tabischer Pruritus die übrigen Sensibilitätsstörungen auf der Grundlage dieser Krankheit gleichzusetzen ist.

Lehner, E., u. E. Rajka-Budapest: Wärmeurtikaria. (Hautabt. Apponyi-Poli. S. 402.

Einspritzungen mit dem Serum einer auf Wärme mit Urtikaria reagierenden Person auf andere ließ auf das Vorkommen eines besonderen Stoffes schließen, der zwar allein noch keine Entzündung hervorruft, wohl aber in Verbindung mit einem weiteren entzündungserregenden Faktor, der unter dem Einfluß der Wärme entsteht. Das Vorhandensein dieses Stoffes erklärt die Möglichkeit der Desensibilisierung und die Entstehung von Fernwirkungen. Auch bei der Ermüdungs- und psychischen Urtikaria handelt es sich um einen Vorgang, bei dem ein ähnlicher Stoff wie bei der Wärmeurtikaria eine Rolle spielt.

Martenstein, H., u. R. Noli-Breslau: Statistische Untersuchungen über die Tuberkulinreaktion. R. Noli: 1. Mitteilung. Die intradermale Tuberkulinprüfung mit fallenden Konzentrationen bei Haut- und Geschlechtskranken. (Hautklinik.) S. 407.

Die Beobachtung von Scholtz über den Ausfall der Reaktion auf Alttuberkulin in fallenden Verdünnungsgraden als Diagnostikum wird bei Personen mit und ohne Hauttuberkulose geprüft. Von den Hauttuberkulosen im klassischen Sinne, Lupus vulgaris (hämatog.), Tub. verr. cutis, Tub. colliquat., reagieren die meisten Fälle auf starke Verdünnung, nämlich drei Viertel auf 1:100000, die Hälfte auf 1:1000000, auf schwächere entsprechend weniger, auf 1:1000 so gut wie gar nicht und nur wenige haben positive Reaktion (1%). Bei den Tuberkuliden reagiert die Hälfte aller Fälle auf 1:10000, ein Viertel auf 1000000, die Mehrzahl auf 1:5000. Die negativen erreichen 6%.

Digitized by Google

der Gruppe. die die Sarkoide, den Lupus pernio und das Granuloma annulare umfaßt, ist die Zahl derjenigen, die auf schwächste Konzentration reagieren, sehr gering, die Hälfte auf 1:5000—1000. Mehr als ein Drittel reagiert auf 1:1000 negativ. Die Beobachtungen an Hautkrankheiten mit mehr oder minder umstrittener Beziehung zur Tuberkulose erstreckt sich auf den Lupus erythem., das Erythema nodos., Erythema exsud. multif., Acne vulgaris, Mycosis fungoides und Lymphogranulomatose. Bei beiden letzten Prozessen fällt der hohe Prozentsatz (80—90%) an negativen Reaktionen von 1:1000 auf. Bei den Haut- und Geschlechtskrankheiten sicher nicht tuberkulöser Natur reagiert etwa ein Fünftel noch auf 1:1000000 positiv, ebensoviel auf 100000, sehr wenige auf 1:50000, ein gutes Drittel auf 1:5000; ebensoviel reagieren negativ.

Lewin, E. M.-Kiew: Neues zur Lehre von der toxischen Wirkung der Arsenobenzolpräparate auf die Leber. 8. Mitteilung. (Hautklinik.) S. 421.

Die Beobachtung, daß nach Infusion von Arsenobenzol eine Verlangsamung der Blutkörperchen-Senkungsgeschwindigkeit eintritt, schien zu einer Prüfung der Fibrinogenbildung in der Leber geeignet. Es zeigte sich aber, daß diese Methode nicht imstande ist, über die Veränderungen der Eiweißkolloide des Protoplasmas Aufschluß zu geben bzw. die Frage nach dem Zustande der fibrinogenerzeugenden Funktion der Leber zu beantworten. Aus diesem Grunde wandte man sich zur Fibrinogenbestimmung im Blute selbst. Die Untersuchungen ergaben, daß die Fibrinogenmenge im Blute der Syphilitiker nach überstandener Kur nicht vermindert ist, sondern durchaus der Norm entspricht.

Karrenberg, C. L.-Hamburg: Nagelepidermophytie mit positiver Kultur. Bemerkungen über die Mykologie der Nagelepidermophytie überhaupt, die normale Flora der Nägel sowie zum mikroskopischen und kulturellen Pilznachweis bei Nagelmykosen. (Hautklinik.) S. 431.

Beschreibung der Züchtung eines Epidermophyton inguinale aus einem Nagelstückchen. Kritik der bisherigen Befunde. Bemerkungen über Nativpräparate. Die Aufhellung in Kalilauge ist immer noch das beste Verfahren. Zur Technik der Primärkultur. Empfehlung der in situ-Kultur nach Plaut, die das Auswachsen der Pilze aus dem gewöhnlichen Nährboden gestattet und so ihre Gewöhnung an einen fremden Nährboden leichter gestaltet und andererseits der Verwendung flüssiger Nährböden.

Pawlowsky, E. N., u. A. K. Stein-Leningrad: Experimentelle Untersuchung über die Wirkung der eine eigenartige Dermatitis beim Menschen hervorrufenden Milbe Rhycoglyphus hyacinthi (am Tyroglyphidae). (Zool. Inst. u. Hautkl.) S. 443.

Die Milbe Rhycoglypus hyacinthi verursacht auf der menschlichen Haut eine Entzündung, die sich primär in der Entwicklung gelblichbrauner kleiner Papeln äußert. Durch Sekundärinfektionen können sich Pyodermien mit den weiteren Folgen derselben anschließen. Die Haut der verschiedenen Personen ist nicht gleichermaßen empfindlich. Hierdurch erklärt sich, daß die experimentelle Einreibung von Milbenmaterial manchmal erfolglos bleibt. Die starken Kiefer der Milbe sind imstande, die Hornschicht der Haut zu durchschneiden und damit das Eindringen von Milbensekret zu begünstigen. Die Hautkrankheit findet sich bei Landleuten, die Zwiebeln pflanzen und sie in ihrer Wohnung (in Rußland gewöhnlich an der Zimmerdecke) aufbewahren.

Stein, A. A.-Leningrad: Zur Morphologie der Viszerallepra. (Path.-anat. Inst.) S. 450.

Die Leprazellen stellen Abkömmlinge des retikuloendothelialen Systems bzw. der Histiozyten des Bindegewebes dar, enthalten regelmäßig Lipoideinschlüsse, die meistens eine charakteristische Vakuolisierung zeigen, und sind frei von Cholesterin. Abgesehen von den Leprazellen enthalten auch Endothelzellen (Hautkapillaren) Bazillen und Lipoidtropfen. Die Lipoidinfiltration der Leprazellen hat offenbar eine Bedeutung für den Zerstörungsprozeß der Bazillen. In dieser Hinsicht ist die Zuführung von Lipoiden (Chaulmoograöl und Derivate) zu Heilzwecken vorteilversprechend.

Selisky, A. B.-Pawlowo-Passad bei Moskau: Zur Histologie der Acne conglobata. (Hautabt.) S. 460.

Acne conglobata ist eine exzessive Form der Acne vulgaris. Seborrhoische Konstitution, Neigung des Follikelepithels zur Proliferation und Keratose sind Vorbedingung. Den Grundprozeß stellt enorme Komedonenbildung dar. Das Zustandekommen von Doppel-Mehrfachkomedonen und Narben kann auch ohne Eiterung durch sklerotisch verändertes Bindegewebe bedingt sein. Die pyogene Infektion ist sekundär.

Tryp, A.-Brünn: Lymphangiome der Haut. (Hautkl., Tsch.-Sl.) S. 467.

Mitteilung von 4 Fällen. Der Prozeß, der zur Entwicklung einer mehr oder weniger diffusen Vermehrung und Erweiterung der Lymphkapillaren und -gefäße in Kutis

Digitized by Google

und Subkutis bis zur lakunären und zystischen Erweiterung führt, beruht auf einer primären, naevoid angelegten Wucherung und Neubildung der Lymphendothelien. Dafür spricht neben anderen das gleichzeitige Vorkommen von Hypertrichose, Osteom, Hyperplasie der Schweißdrüsen bis zur Syringombildung, eingesprengtes Kavernom und Leiomyomatosis sowie schließlich abnorme Kommunikation der angiomatösen Lymphgefäße mit den Chylusgefäßen. Die Entwicklung der Lymphangiome aus tieferen Lymphsträngen wird durch anormale Verhältnisse des umliegenden Bindegewebes begünstigt. Durch die gleichen Verhältnisse können sekundär Stauungen und Entzündungen entstehen. Die umgekehrte Ansicht vom auslösenden Einflusse solcher Prozesse ist ohne die Annahme einer primären Anlage zur Lymphangiombildung nicht haltbar. Aus diesem Grunde ist auch die lymphangitische Schwellung von der Elefantiasis scharf zu trennen. In das Lymphangiom eingebrachte Tusche dringt schon nach wenigen Minuten in die Tiefe der Gefäße sowie in das umgebende Gewebe. Sehr bald wandern polinukleäre Leukozyten in die Lymphräume ein, phagozytieren die Tuschekörner, schleppen sie heraus ins Gewebe und legen hier noch nach Jahren feststellbare Depots an. Das, was direkt durch die Lymphzirkulation in die nächste Lymphdrüse gelangt, ist nur ein Teil der Injektion.

Kadisch, E.-Charlottenburg: Beiträge zur Lehre von den Dermatomykosen. 3. Mitteilung: Über das Wachstum von Achorion gypseum auf Meerschweinchenorganen und über die Züchtungstemperatur. (Hautabt. des Krkhs.) S. 480.

Ein Wachstum des Pilzes auf sterilisierten Organen gelingt am besten bei einer Temperatur von 27°, während eine solche von 37° sich schlecht eignet. Infolgedessen führt das Achorion gypseum beim Menschen wahrscheinlich zu keiner Erkrankung der inneren Organe, sondern bleibt ein Hautparasit.

Sainz de Aja, E. A., u. N. Calvin-Madrid: Die Meinicke-Reaktion mit sofortigem Zentrifugieren und gefärbtem Antigen. (Hospitalkl. San Juan de Dios.) S. 485.

Durch den Zusatz von Farbe zum Antigen (Viktoriablau B Merk) wird die Diagnose der Reaktion wesentlich erleichtert und durch das Zentrifugieren gleich nach Mischung der Seren mit den Reagentien die Ablesungsmöglichkeit beschleunigt. Bei dieser Technik behalten die negativen Seren die blaue Farbe bei, während die positiven entfärben und sich später trüben. Wird am folgenden Tage zu den Röhrchen Chlroform hinzugefügt, so bleibt dasselbe in den negativen klar, in den positiven färbt es sich dunkelviolett. Die Methode ist etwas empfindlicher als die übliche MR (um ganz 2%).

Chen, F. K.-Breslau: Untersuchungen über die Beziehungen zwischen urkariellem Effekt adrenalinähnlicher Substanzen zu ihren pharmakologischen und chemischen Eigenschaften. (Hautklinik.) S. 494.

Bei intrakutaner Einverleibung von Substanzen, die zur Adrenalingruppe gehören, treten verschiedene Wirkungen auf. Adrenalin und Adrenalon erzeugen Anämie, während Ephedrin, Tyramin und andere Körper Quaddeln bilden. Die Ursachen dieser verschiedenen Wirkung war nicht feststellbar. Hingegen gelang der Nachweis, daß auch dem pharmakologischen Effekt quantitative Unterschiede bei optischen Isomeren gegenüberstehen. Sowohl beim Anämieeffekt des Adrenalins als bei der Quaddelbildung des Ephedrins und Pseudoephedrins sind linksdrehende Körper wirksamer als rechtsdrehende.

Marchionini, A.-Freiburg i. B.: Die intrakutane Tuberkulinwiederholungsreaktion nach Bessau bei Hauttuberkulose und Erythematodes. (Hautkl.) S. 5[illegible]

Die intrakutane Tuberkulinwiederholungsreaktion nach Bessau spricht bei gleichem Ausfall wie die Erstreaktion für einen aktiven, bei stärkerem Ausfall für einen inaktiven Prozeß. Kontrollen mit dieser Methode ergaben in 11% negativen, in 89% positiven Ausfall bei Personen, die an nicht tuberkulösen Haut- und Geschlechtskrankheiten litten. Von den letzteren zeigten 15% einen gleichbleibenden Reaktionsausfall und 85%, also deutliche Steigerung der Wiederholungsreaktion. In Fällen von Hauttuberkulose fand sich in 77% ein gleicher Reaktionsausfall; 18 zeigten Verstärkung und als Folge der Kachexie eine Abschwächung der Wiederholungsreaktion. Der gleichen Prüfung wurden auch Fälle von Lupus erythematodes unterzogen. Hierbei ergab sich, daß es solche Fälle gibt, bei denen gleichzeitig eine aktive Tuberkulose besteht, aber auch andere, die niemals mit Tuberkulose bisher zu tun hatten, und schließlich solche, bei denen eine tuberkulöse Ätiologie sehr unwahrscheinlich ist. Demnach sprechen diese Prüfungen für eine vielfältige Ätiologie des Erythematodes. Vörner-Leipzig.

Digitized by Google

Bücherbesprechungen

Finkenrath, K., u. W. Ruhbaum-Berlin: Ärztliches ABC. Handwörterbuch aller Rechts-, Berufs-, Wirtschafts- und sozialen Fragen des Arztes und verwandter Berufe. XII, 556 S. Verlag von Johann Ambrosius Barth, Leipzig 1930. Preis RM. 25.—, geb. RM. 28.—.

Das „Ärztliche ABC" gibt für viele täglich auftauchende Fragen des ärztlichen Berufes, über die der Arzt nur schwierig sich eine Belehrung verschaffen kann, in präziser Form die Antwort. Wir finden in dem nicht zu umfangreichen Buche alle möglichen Kapitel aus dem Gebiete der Sozialversicherung, der Gewerbehygiene, der Berufskrankheiten usw. übersichtlich dargestellt. Die Namen der Mitarbeiter sprechen für eine authentische Behandlung der einzelnen Abschnitte. Fraglos handelt es sich um ein sehr nützliches Werk, das dem Besitzer bei den immer wieder sich meldenden Fragen aus den verschiedenen, nicht rein medizinischen, sein Fach berührenden Gebieten ein willkommener Führer sein wird. Wie die Herausgeber mitteilen, beabsichtigen sie von Zeit zu Zeit durch Nachträge über neue gesetzliche und sonstige Fortschritte das Werk auf dem Laufenden zu halten. F. Juliusberg-Braunschweig.

Ruete, A.-Marburg: Differentialdiagnostischer Führer durch die Dermatologie. Verlag von F. C. W. Vogel, Leipzig 1930. Preis RM. 10.—, geb. RM. 12.—.

Im Jahre 1905 schrieb Sabouraud seine berühmte Dermatologie topografique régionaire, welche uns in unübertrefflicher Weise über die Prädilektionsorte der Hautkrankheiten orientiert und auch heute noch im fraglichen Falle ein unentbehrliches Nachschlagewerk darstellt. Mit Freude ist es zu begrüßen, daß nun auch ein deutscher Dermatologe sich dieser schwierigen Aufgabe unterzogen hat. Die Schwierigkeit besteht vor allem darin, die universellen Dermatosen, die ja bei jeder Region immer wieder anzuführen sind, in lebendiger und nicht ermüdender Weise zu beschreiben. Denn diese sind es, die infolge ihrer unbestimmten Lokalität in erster Linie zu differentialdiagnostischen Irrtümern Anlaß geben, während die regionäre Disposition nicht selten eines der wichtigsten diagnostischen Symptome bildet. Das Buch ist für den praktischen Arzt geschrieben und bringt in 8 größeren Abschnitten sämtliche Lokalitäten von Hautkrankheiten, ähnlich wie im „Sabouraud" und den botanischen Pflanzenbestimmungstabellen. Die einzelnen Artikel sind unter Weglassung alles überflüssigen Beiwerks kurz und anschaulich behandelt. Zweifellos wird mit diesem Buch den Ansprüchen des praktischen Arztes auf rasche Orientierung Genüge getan. Bei dieser Gelegenheit möchte ich darauf hinweisen, daß ein dem „Sabouraud" gleichwertiges deutsches, topographisches Nachschlagewerk für den Dermatologen noch nicht geschrieben ist, weshalb eine ausführlichere Behandlung sehr wünschenswert wäre. So könnte man z. B. die Reihe der Lokalisationen noch weiter spezialisieren. Ein Vorteil wäre auch, wenn bei einer Neuauflage die praktisch wichtigen Affektionen durch besonderen Druck hervorgehoben würden, denn die Übersichtlichkeit leidet etwas darunter, daß seltene Erkrankungen, wie Akanthosis nigricans, in gleicher Druckstärke und Ausführlichkeit, wie z. B. Warzen, geschildert sind. Daß Verf. seine Ausführungen auf die vortrefflichen Abbildungen im Atlas von Friboes eingestellt hat, ist sehr zu begrüßen. P. Unna jr.-Hamburg.

Ballagi, J.-Budapest: Dermatologische Mykologie (Börgyógyászati Mykologia). **26 S. mit 59 Abb. und 4 Tafeln. Verlag der Buchhandlung Eggenberger, Budapest 1929.**

In dieser kleinen Monographie legt B. als einer der namhaften ungarischen Mykologen der jüngeren Generation seine an der Nékámschen Klinik über mehr als 10 Jahrzehnt erworbenen, ausgedehnten Kenntnisse nieder. Im ersten allgemeinen Teil bespricht er kurz aber prägnant die botanische Stellung, Eigenschaften und Klassifikation der Dermatophyten, ferner gibt er eine eingehende Darstellung der Laboratoriumsmethoden (Tröpfchenkultur, Färben, Aufbewahren, Tierexperimente). Hier findet auch die Besprechung der Vakzinezubereitung und ihrer therapeutischen Anwendung Platz. Im speziellen Teil werden die menschenpathogenen Phykomyzeten, Askomyzeten, Hyphomyzeten (Trichophyton, Epidermophyton, Mikrosporon, Achorion, Sporotrichon) besprochen; ein besonderer Abschnitt ist noch den Blastomyzeten Saccharomyzes, Debaryomyzes, Schizosaccharomyzes) und den Erregern der sog. seltenen Mykosen gewidmet. Die klinische Darstellung von jeder einzelnen Mykose ist mit ganz ausgezeichneten Photographien, die mykologische wiederum mit vorzüglichen Originalzeichnungen belegt. Auf den Tafeln werden gute Abbildungen von

Digitized by Google

Riesenkulturen der besprochenen Pilze gegeben. Alles in allem kann man den Autor sowohl wegen der klaren, knappen, klinischen als auch wegen der vortrefflichen, mykologischen Darstellung beglückwünschen. Ref. bedauert nur lebhaft, daß diese kleine Monographie, die sicherlich auch in der großen deutschen Literatur ihren Platz hätte, wegen der sprachlichen Begrenztheit die wohlverdiente Verbreitung kaum finden kann. Trotzdem könnte sich ein jeder am klinischen und mykologischen Abbildungsmaterial, das ja mit der für den Fachmann geläufigen lateinischen Nomenklatur versehen ist, guten Rat holen. Die Ausstattung des Buches ist tadellos.

T. Benedek-Leipzig.

Thedering, F.-Oldenburg: Das Quarzlicht und seine Anwendung in der Medizin. Anhang: Röntgenstrahlen und Hautkrankheiten. 7. neu bearbeitete und erweiterte Auflage. Verlag von Gerhard Stalling, Oldenburg 1930. Preis RM. 9.50 geb. RM. 10.50.

Im allgemeinen Teil werden die wesentlichsten Punkte über das Spektrum des Quarzlichtes, Ultraviolettmessung, chemische und biologische Lichtwirkungen berührt und die wissenschaftlichen und praktischen Grundlagen natürlicher und künstlicher Lichtbehandlung auseinandergesetzt. In dem speziellen Teil wird dann ausführlich auf die Behandlung der einzelnen Hautkrankheiten, Haarkrankheiten und Allgemeinerkrankungen eingegangen, wobei Indikation, Technik und Erfolge eingehend berücksichtigt werden. Den Schluß machen Kapitel über Röntgentechnik in der Oberflächentherapie. Die Ausführungen des erfahrenen Praktikers werden dem Anfänger in der Strahlentherapie als Wegweiser dienen, aber auch jedem Dermatologen Interessantes bieten.

Halberstaedter-Berlin.

Mitteilungen aus der Literatur

Tuberkulose

Schärer, R.-Bern: Percain Ciba als Anästhetikum bei der Pyrogallolbehandlung des Lupus vulgaris. Schweiz. m. W., 1929, Nr. 44, S. 1114.

Die Behandlung der Zerstörung des Lupus vulgaris mit Pyrogallol 10—20% und nachfolgender Abheilung unter absteigenden Konzentrationen kann als wirksamste Methode für größere Herde betrachtet werden. Sie litt bisher unter der großen Schmerzhaftigkeit, die auch durch Zusatz von Anästhetizis nicht beseitigt werden konnte. Das von der Fabrik Ciba hergestellte neuartige Anästhetikum Perkain übertrifft die bisherigen an Raschheit, Intensität und Dauer der Wirkung und gestaltet die Pyrogallolbehandlung fast schmerzlos, wenn der Verbandwechsel nicht in größeren als 24stündigen Pausen vorgenommen wird.

E. Levin-Berlin.

Bommer, S.-Gießen: Über die Fürsorgebehandlung des Lupus vulgaris. (Licht- u. Lupusheilstätte.) Med. Welt, 1929, Nr. 30, S. 1073.

Der Grundgedanke, daß beim Lupuskranken die Infektion meist nicht von außen, sondern auf dem Blutwege in die Haut verschleppt wird, daß wir es mit einem tuberkulös erkrankten Organismus zu tun haben, hat auch eine Änderung in der Behandlung herbeigeführt. Die Allgemeinbehandlung, die Verbindung von Lichtbehandlung mit Sonnenbädern und systematischer Hautpflege, tritt immer mehr in den Vordergrund. Die Vorbeugung und Verhütung des Lupus fällt mit der Verhütung der Tuberkulose überhaupt zusammen; der Lupuskranke spielt für die Übertragung der Tuberkulose praktisch keine Rolle. Die Neigung der Haut, an Lupus zu erkranken, wird am besten durch fortgesetzte Hautpflege, durch Sonnen- und Luftbäder bekämpft. Rechtzeitige Erfassung und möglichst frühzeitige Behandlung des Lupus ist die Hauptforderung der ganzen Fürsorge. Für die meisten Lupuskranken ist eine Heilung möglich, jedoch sind Nachuntersuchungen nicht zu versäumen.

H. Ress-Dessau.

Kruchen, C.-Dortmund-Derne: Klinik und Röntgentherapie der Lymphogranulomatose. (Med. Univ.-Kl. Münster.) Kl. W., 1929, Nr. 41, S. 1915.

Übersichtsartikel, der sich auf eigenen Erfahrungen an 27 Fällen und auf die Angaben der modernen Literatur aufbaut. Der Röntgenerfolg hält gewöhnlich nur 2—3 Jahre an, länger dauernde Besserungen sind selten. Die besten Erfolge erzielt man im „allergischen" Stadium der Krankheit, wenn der Organismus noch lange

Digitized by Google

Wechselspiel zu versagen beginnt. In diesem Stadium verabfolgt man 30—70% der HED auf die erkrankten Drüsen; meistens ist fraktionierte Bestrahlung angebracht; je akuter und ausgebreiteter die Krankheit ist, desto vorsichtiger muß man vorgehen. Besondere Vorsicht ist im Stadium der Kachexie erforderlich, während man im Anfangsstadium energischer vorgehen kann. Daneben zweckmäßige Allgemeinbehandlung; eventuell Arsen, Licht, Milzbestrahlung. Frei-Berlin.

Reinstorff, E.-Hamburg: Ein Beitrag zur Kenntnis der atypischen Lymphogranulomatose. (Path. Inst. d. Allg. Krankenhauses St. Georg.) Zschr. f. Path., Frankfurt. Bd. 38, H. 3, S. 480.

Den in der letzten Zeit mehrfach beschriebenen Fällen atypischer Lymphogranulomatose fügt Verf. vier weitere hinzu. Im ersten handelt es sich um eine fast systematische Reaktion des retikulo-endothelialen Apparats, so daß die Unterscheidung von den in letzter Zeit, u. a. von Sachs und Wohlwill, mitgeteilten „Retikulosen" schwierig war. Der Fall ist noch dadurch bemerkenswert, daß der Prozeß in der Lunge in einer produktiven und einer exsudativen Form, ganz entsprechend den beiden Typen der Tuberkulose, auftrat. Im zweiten Fall, der auch eine ziemlich systematische Wucherung von Retikulo-Endothelien aufwies, war besonders die Differentialdiagnose gegen Typhus mit Schwierigkeiten verbunden. Fall 3 und 4 stellen blastomähnliche Formen der Lymphogranulomatose dar, die die gemeinsame Besonderheit bieten, daß lymphogranulomatöse Massen in und in der Umgebung der Milz in den Magen durchgebrochen waren und zu schwerer tödlicher Hämatemese geführt hatten. Fr. Wohlwill-Hamburg.

Syphilis

Pathologie und Klinik

Tièche, M.-Zürich: Zur Frage der Syphilis d'emblée. Schweiz. m. W., 1929, Nr. 44. S. 1097.

Das Vorkommen einer Syphilis d'emblée, einer Syphilis ohne Primäraffekt, kann nicht bezweifelt werden, wenn es auch verhältnismäßig selten ist. Zu unterscheiden sind hier 2 Formen, die Syphilis d'emblée à débuts ganglionaires, bei der die Krankheit mit dem Auftreten regionärer indolenter Drüsenschwellungen beginnt. In einem Teile dieser Fälle muß aber doch mit dem Bestehen eines minimalen Primäraffektes, der sich der Beobachtung entzog, gerechnet werden. Drüsenschwellungen nach vorausgegangenem suspektem Verkehr erfordern jedenfalls längere Beobachtung, um Syphilis ausschließen zu können. Eine zweite Form der Syphilis d'emblée kann durch Bluttransfusion zustande kommen, auch bei Benutzung fremden Blutes zum Zwecke der Desensibilisierung muß hiermit gerechnet werden. Da die Blutspender unter Umständen ihre Syphilis verschweigen, ist zu empfehlen, sich bei der Einspritzung fremden Blutes von dem Blutspender ein schriftliches Attest geben zu lassen, daß er niemals an Syphilis gelitten hat. E. Levin-Berlin.

Dufour, H.: Transfusion sanguine et syphilis (Bluttransfusion und Syphilis). Bull. de Méd. de Paris, 1929, Nr. 43, S. 901.

Eine Frau, bei der früher keine Syphilisinfektion vorgelegen hatte, und deren Ehemann negative WR zeigte, erkrankte 2½ Monate nach einer Bluttransfusion mit allgemeinen Syphiliserscheinungen. Da sonstige Infektionsmöglichkeiten ausgeschlossen erscheinen, muß die Infektion mit der Transfusion zusammengebracht werden. Bei dem Blutspender war durch zweimalige Untersuchung eine negative WR festgestellt worden. E. Levin-Berlin.

Estrada, A.: Les cellules de Rieder dans le sang des Syphilitiques (Die Riederschen Zellen im Blute von Syphilitikern). Compt. rend. Soc. Biol., Bd. 102, Nr. 26, S. 251.

Die Riederschen Zellen sind echte Monozyten, sie unterscheiden sich von diesen nur durch eine atypische (gelappte) Form des Kerns, die aber keine Degenerationserscheinung darstellt. Sie stammen von Monoblasten, Myeloblasten, Hämozytoblasten, vielleicht auch von Lymphoblasten, infolge eines von dem normalen abweichenden Entwicklungsganges. Im allgemeinen werden sie als pathologisch betrachtet, doch glaubt Verf., daß sie, wenn auch in geringem Verhältnis, im normalen Blut auftreten. Im Blute von Syphilitikern kommen sie in wechselndem Prozentsatze regelmäßig vor, ohne daß aber hieraus diagnostische oder prognostische Schlüsse gezogen werden könnten. E. Levin-Berlin.

Digitized by Google

Selikowitch, F.: Les pigmentations syphilitiques de la muqueuse buccale (Die syphilitischen Pigmentierungen der Mundschleimhaut). Presse méd., 1929, Nr. 76. S. 1238.

Nach den Untersuchungen des Verf. gehören zur Erzeugung einer Pigmentierung 2 Faktoren. Einmal die Veranlagung des betreffenden Individuums, andererseits eine auslösende Ursache, meist eine Infektion, und zwar besonders die syphilitische. Es gibt 2 Pigmentarten, nämlich das ockergelbe eisenhaltige und das Schwefel und Phosphor enthaltende Melanin. Die Theorien über die Pigmentbildung sind noch hypothetisch und umstritten. Die Hauptrolle spielen hämolytische Prozesse, vergesellschaftet mit Funktionsstörungen der Leber. Die Trümmer der roten Blutkörperchen infiltrieren das Gewebe, anstatt in die Galle überzugehen. Jede Gefäßveränderung, insbesonders chronisch entzündliche, fördert diese Vorgänge. Dazu gehört gerade die syphilitische. In den Pigmentflecken der Mundschleimhaut ist ein Analogon zu den syphilitischen Infiltraten der pigmentierten Gewebspartien zu erblicken. Man findet sie übrigens gern neben Leukoplakien.

H. Colman-Berlin.

Ruete-Marburg: Skrofuloderm oder Lues gummosa? D. m. W., 1929, Nr. 46. S. 1673.

Aus der Anamnese geht hervor, daß die jetzt 27jähr. Patientin an Rachitis und Drüsenschwellungen gelitten hat. Mit 14 Jahren trat am r. Fuß ein Geschwür auf, das nach 1 Jahr abheilte. Mit 22 Jahren erkrankte Pat. an einem Geschwür am l. Schlüsselbein, das sich nach 1 Jahr unter Hinterlassung einer rötlichen Narbe schloß. 4 Jahre später stellten sich an derselben Stelle wiederum Geschwüre ein, ferner harte, schmerzhafte Drüsen am Unterkieferhalswinkel, bald darauf ein sehr tiefgehendes Geschwür am Kinn. Diagnose: Lues gummosa. WR positiv. Heilung nach Einleitung einer antisyphilitischen Kur. Skrofuloderm konnte bereits auf Grund der klinischen Erscheinungen ausgeschlossen werden. F. Harry-Wiesbaden.

Wangensteen, O. H.-Minneapolis: Midline presternal ulcer frequently a gumma (Prästernales in der Mittellinie gelegenes Ulkus ist häufig Gumma). J. Am. m. Ass. 1929, Bd. 93, Nr. 18, S. 1380.

Unter Hinweis auf eine Angabe Morisons in seiner „Introduction to surgery", Bristol 1910, daß syphilitische Ulzera, wenn die Blutzufuhr normal ist, die Mittellinie bevorzugen, berichtet Wangensteen über einen Fall von ulceröser Prostatitis, der durch verschiedene Behandlungen nicht gebessert wurde. Ein seichtes Ulkus von 38 mm Durchmesser, welches in der Mittellinie über dem Sternum auftrat, veranlaßte den Autor trotz negativer WR des Blutes und Lumbalpunktats, trotz Fehlens irgend welcher sonstiger Zeichen für Syphilis eine Jodkalikur einzuleiten, die bald zur Heilung des Ulkus führte und von einer Salvarsanbehandlung gefolgt war. Eine schwere auftretende Salvarsandermatitis wurde durch intravenöse Natriumthiosulfatinjektionen geheilt. Das Ulkus über dem Sternum heilte ab, ebenso die Ulzera am Anus. Erwähnung eines zweiten Falles von prästernalem Ulkus in der Mittellinie, bei dem allerdings die Serumreaktionen und eine Periostitis der Schienbeine die Diagnose leicht gestaltete. Fr. Juliusberg-Braunschweig.

Fischl, F.-Wien: Gummen als Reizphänomen. W. kl. W., 1929, Nr. 37, S. 1197.

Bei einem 57jähr. Mann besteht seit Wochen ein flach ulceröser Hautprozeß auf der rechten Schulter. WR wird abgelehnt, Behandlung mit 5%iger Kalomelsalbe ohne Erfolg. Unter anderen Orts vorgenommener mehrmaliger schwacher Röntgenbestrahlung Rückbildung der oberflächlichen Ulzeration. Dagegen tritt 14 Tage nach der letzten Bestrahlung ein nierenförmiges Gumma an der bestrahlten Stelle auf. Anamnestisch gab Patient nunmehr eine vor 34 Jahren erfolgte, nicht behandelte Luesinfektion zu. An der Stelle des Penis, an der die Initialsklerose gesessen haben soll, entwickelte sich nun nach jetzt verabreichten 2 Bi- und 1 Salvarsaninjektion eine doppelerbsengroße, braunrote scharf umschriebene, in der Mitte nekrotisierte Infiltration, die sich unter Fortsetzung der Allgemeinbehandlung und Aufstreuen von Kalomel zurückbildete. Die WR ergab bei Beginn der Kur ein ++++-Resultat. Verf. deutet diese Vorgänge so, daß das anfängliche Schwinden der primären flachen Ulzeration durch eine Art von Gewebsnekrose infolge der Röntgenbestrahlung erfolgte, daß aber spätere Exazerbation der ziemlich atypischen Effloreszenz zu den syphilitischen Gummen als Reizphänomen zu deuten ist. Was das Auftreten des Gummas am Penis betrifft, so muß man annehmen, daß an Stelle der Sklerose liegengebliebene Spirochäten durch die Anbehandlung mobilisiert wurden und nun zu einer dem Sy-

Digitized by Google

dium entsprechenden Effloreszenz führten. Spirochäten waren in ihr nicht nachzuweisen. Zu erwähnen ist, daß Frau und Kinder des Patienten immer gesund blieben.
H. Colman-Berlin.

Cookson, H.: A Case of Cardiac Syphilis with Ventricular Aneurysms (Ein Fall von Herzsyphilis mit Aneurysma des Ventrikels). **Brit. m. J., 1929, Nr. 3576, S. 94.**

Sektionsbericht über eine 43jähr. Frau, welche mit der Diagnose Herzsyphilis im Krankenhaus anfangs erfolgreich antisyphilitisch behandelt, ganz plötzlich gestorben war. Es fanden sich neben perikardialem Erguß (etwa 500 ccm) und perikardialen Adhäsionen drei aneurysmatische Hohlräume an der hinteren Wand an der Basis des linken Ventrikels mit einem Durchmesser von 1—3 cm. Ihre Wandungen bestanden aus fibrösem Gewebe mit erheblichen kalkigen Einlagerungen.
A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Sterling-Okuniewski, St.: De la dilatation de l'aorte (Über die Aortenerweiterung). **Lyon Méd., 1929, Nr 33, S. 185.**

Aortenerweiterungen sind häufiger als im allgemeinen angenommen wird, besonders bei Frauen; sie machen häufig nicht die geringsten subjektiven Erscheinungen, und die gewöhnlichen Untersuchungsmethoden können dabei versagen, während die Röntgenuntersuchung von größter Bedeutung ist und in größtem Umfange vorgenommen werden sollte. Die häufigsten Ursachen sind Syphilis und Arteriosklerose, daneben akute Infektionskrankheiten, Gicht, Menopause, Basedow.
E. Levin-Berlin.

Cowan, J.: Syphilis of the Heart and Aorta (Syphilis des Herzens und der Aorta). **Brit. m. J., 1929, Nr. 3580, S. 285.**

Eine zur Eröffnung der Diskussion über das Thema bei der Jahresversammlung der Brit. med. Association erstattete Übersicht der neuesten Feststellungen auf diesem Gebiete. Im Krankenhaus zu Glasgow ergab die planmäßig durchgeführte WR bei 8,6% aller männlichen und bei 7,2% aller weiblichen Kranken ein positives Resultat. Unter 395 Fällen mit organischem Klappenfehler fanden sich bei 7,7% syphilitische Anhaltspunkte, auch bei 49 von 66 Fällen von Aneurysma der Aorta war Syphilis nachzuweisen. Dagegen waren von 102 Kranken mit Mitralaffektionen nur 2 als infiziert zu erkennen. A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Freund, E.-Wien: Ein Fall von luetischer Entzündung der Extremitätengefäße. (Path.-anat. Inst. d. Krankenhauses der Stadt Wien). **Frankf. Zschr. f. Path., Bd. 38, H. 1/2, S. 325.**

Lues der peripheren Gefäße gehört zu den größten Seltenheiten, wenn man von der die Gehirngefäße in Gefolgschaft einer luetischen Leptomeningitis befallenden Endarteriitis obliterans absieht. Fälle von Lues der Extremitätengefäße sind nicht bekannt; die in der Literatur vorhandenen älteren Arbeiten, in welchen über syphilitische Erkrankung der Gefäße gesprochen wird, beziehen sich auf die Periarteriitis nodosa: nur Hölscher beschreibt die Miterkrankung der Halsgefäße bei Aortenlues. Verf. fand bei der Obduktion eines 79jähr. Mannes, der an Lungenentzündung nach Operation eines Rektumkarzinoms gestorben war, eine mit beträchtlicher Erweiterung des Gefäßrohres einhergehende Mesaortitis luetica, die sich zum Teil kontinuierlich, zum Teil mit Verschonung großer Gefäßabschnitte in die Extremitätengefäße erstreckte, besonders in die Subklavien, die Brachialarterien und Femoralarterien; die Hirngefäße und die kleinen Extremitätengefäße boten nur die Zeichen einer Atherosklerose ohne spezifisch luetischen Charakter. Der Hauptsitz der spezifischen Veränderungen in den luetisch erkrankten Gefäßen war die Media, die stellenweise einen besonderen Reichtum an Gefäßen, wie sie normalerweise in der Media nicht vorkommen, und dem die Stelle des Muskelgewebes und des elastischen Gewebes einnehmenden Bindegewebe einen angiomatösen Charakter verleihen. Daneben findet sich eine mächtige Verdickung der Intima; die Adventitia ist am wenigsten verändert. Spirochäten waren nicht nachzuweisen. F. Winkler-Wien.

Rosin, H.-Berlin: Die Behandlung der Herz- und Gefäßlues. (Polikl. f. inn. Magenkrkh.) **Zschr. f. ärztl. Fortbild., Jahrg. 26, Nr. 20, S. 657.**

An der Spitze der Mittel steht hier das Jod, vor allem in der alten Form des Jodnatriums in hohen Dosen; führt das Jod zur Reizung, so ist nach Möglichkeit trotzdem die Kur weiterzuführen. Es gibt nur eine Kontraindikation für den Jodgebrauch — der zuweilen eintretende Hyperthyreoidismus. An zweiter Stelle steht das Wismut, dann folgt das Salvarsan. Das Salvarsan übt keinerlei schädigende Wirkung auf Herz und Gefäße aus, solange keine Dekompensation vorhanden ist. Sind

Digitized by Google

Zeichen deutlicher Dekompensation da, Stauungserscheinungen oder Hydrops, oder besteht Niereninsuffizienz, so ist zunächst eine Wismut- und eine Salvarsanbehandlung unmöglich. Das Jodnatrium kann verabfolgt werden in Verbindung mit geeigneten Herzmitteln und einer Nierentherapie. Von den neueren Methoden der Behandlung der Metalues (Malariaimpfung, Phlogetan-Kolikur) rät Verf. ab, da sie auch beim Herzgesunden schon sehr oft mit kollapsartigen Zuständen verbunden sind.
F. Landauer-Berlin.

Allison, R. G.: Pulmonary Syphilis (Lungensyphilis). J. Am. Röntgenol., Bd. 22 Nr. 1, S. 21.

Bei einer 39jähr. Frau, bei der sich von einem rundlichen Infiltrationsherd der rechten Lungenwurzel eine zunehmende Infiltration aller drei Lappen mit einer Pleuraverdickung entwickelte und die Entwicklung der Krankheit über ein Jahr verfolgt werden konnte, wurde nach Ausschluß anderer Ursachen der Erkrankung wie Tuberkulose, Abszeß, Bronchiektasen, Tumoren, bei positiver WR eine Lungensyphilis angenommen und diese Annahme durch die prompte Wirkung einer antiluetischen Kur mit Salvarsan und Quecksilber bestätigt gefunden. Nur solche Fälle, in denen nicht nur die Wirkung der Behandlung, sondern auch das Fortschreiten der Krankheit bis zum Behandlungsbeginn röntgenologisch kontrolliert werden konnte, erscheinen dem Verf. beweiskräftig.
Holthusen-Hamburg.

Fischer, A.-Aachen: Ein Fall von gummöser Lungensyphilis. (Landesheilanstalt Rheinprovinz.) D. m. W., 1929, Nr. 41, S. 1721.

Bericht über einen Fall von großknotiger gummöser Lungensyphilis. Daneben bestand Mesaortitis und chronische Polyarthritis. Die Lungenerkrankung trat 25 Jahre nach der syphilitischen Infektion auf, die ungenügend behandelt war. Nach antisyphilitischer Kur verschwanden die Lungenveränderungen restlos.
F. Harry-Wiesbaden.

Konstam, L. S., u. H. M. Turnbull: Syphilis of the Lung with Pulmonary Arteritis (Ayerza's Disease) (Lungensyphilis mit Arteriitis pulmonalis [Ayerzasche Erkrankung]). Lancet, 1929, Nr. 5537, S. 756.

Die unter dem Namen: „Cardiacos negros" bekannte Ayerzasche Erkrankung hat zur Ätiologie vor allem die Lungensyphilis, die in Arteriitis und Endarteriitis der Pulmonalis, in peribronchialer und interstitieller Pneumonie und sekundärer Hypertrophie und Dilatation des rechten Herzens mit allen Folgen besteht. Dazu kommen ätiologisch alle mit Emphysem und daher mit Stauungen im kleinen Kreislauf verbundenen Erkrankungen in Frage. Das erste Stadium der Erkrankung, das fast ausschließlich Lungensymptome aufweist, fällt meist in das Alter von 20 bis 50 Jahren: Husten und Auswurf, Zyanose, Dyspnoe, dauernde Kopfschmerzen, Hämoptysen, sekundäre Erythrozythämien, Trommelschlägelfinger, Druck auf der Brust. In diesem Stadium kann der Tod eintreten, oft aber zieht sich die Erkrankung 2 Jahre hin und zeigt Anasarka, Stauungsleber, Herzarythmien. WR und Röntgenuntersuchung weisen meist auf die Diagnose hin. Differentialdiagnostisch kommen alle raumbeengenden Prozesse im Thorax in Betracht. Die Aussichten für den Erfolg der Behandlung sind nur im Beginn gut; nach Auftreten von Zyanose bleibt nur symptomatische Behandlung übrig. Auch bei negativer WR mit positiver Anamnese oder sonstigen luetischen Manifestationen ist eine antiluetische Kur indiziert. Bei sich häufig wiederholenden Hämoptysen und starken Kopfschmerzen wird Adrenalin empfohlen.
P. Seier-Heidelberg.

Tagesgeschichtliche Nachrichten

Habilitiert: Dr. Leopoldo Beretvas in Palermo.

Ernannt: Priv.-Doz. Dr. E. H. Brill in Jena zum nichtbeamteten a. o. Professor. Priv.-Doz. Dr. Roman v. Lesczynski in Lemberg zum a. o. Professor.

Gewählt: Prof. Roman v. Lesczynski in Lemberg zum Ehrenmitglied der Jugoslawischen Dermatologischen Gesellschaft. R.

Nachdruck (auch des Abschnittes „Tagesg. Nachr.") ist ohne Genehmigung des Verlages nicht erlaubt

Verantwortlich für die Redaktion: für Originalabhandlungen und T. N.: Prof. Dr. J. H. Ritter, Leipzig, Johannisplatz 1. Für den Referatenteil: Dr. Fritz Callomon, Dessau

Digitized by Google

Dermatologische Wochenschrift

Nr. 18 (Bd. 90) 3. Mai 1930

Aus der Univ.-Hautklinik Frankfurt a. M.
(Direktor: Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Karl Herxheimer)

Ein Fall von Acrodermatitis continua (Hallopeau)

Von

Dr. Hermann Hees

Mit 4 Abbildungen im Text

Seitdem Hallopeau die ersten Fälle von Acrodermatitis continua eröffentlicht hat, sind einzelne weitere Erkrankungen beschrieben worden, nter diesen aber eine Anzahl Fälle, die differential-diagnostisch unklar nd. Auf Grund letzterer wurde vielfach geschlossen, daß keine Be-echtigung zur Aufstellung eines selbständigen Krankheitsbildes bestehe.

Amerikanische Autoren identifizieren die Acrodermatitis continua mit er Dermatitis repens Crockers; dann werden Fälle beschrieben, die als arietäten des Impetigo herpetiformis (Hebra-Kaposi) aufgefaßt werden, ieder andere rechnet man zur Dermatitis herpetiformis Duhring. Audry nterscheidet außer der Forme type eine Forme fruste, wobei er zugibt, ıß es unsicher sei, ob seine Fälle zum selben Krankheitsbild gehören.

Nach den ausführlichen Arbeiten von Audry, Brun und Pedersen ill ich die Krankheitssymptome nur nochmals kurz zusammenfassen:

Das äußerst chronische Hautleiden, das sich durch immer wieder-ehrende Rezidive auszeichnet, beginnt oft im Anschluß an ein gering-giges Trauma. Manchmal sind nur einzelne Finger oder kleinere Flächen ır Hohlhand erkrankt. Über die Primäreffloreszenz in diesem Stadium hlen eindeutige Beobachtungen; es sind vesikulöse Formen beschrieben, e aber auch anderen Krankheitsgruppen angehören können. Bei den pischen Formen ist die ganze Volarfläche der Hände und Füße befallen landschuh- und Pantoffelform). Als Primäreffloreszenz bilden sich ober-ichliche kleine Pusteln, die im Verlauf von wenigen Stunden größer erden, konfluieren und sich in eine Kruste umwandeln. Nach Ab-ättern der Kruste liegt die hochrote, dünne, glänzende Epidermis frei, ıf der sich oft wieder neue Pusteln, jedoch keine Ulzerationen gebildet ıben. Die Nägel sind ebenfalls beteiligt oder ganz ausgefallen. Das llgemeinbefinden ist im Abortiv- oder voll ausgebildeten Stadium wenig störtt; Fieberanfälle, die meist dem pustulierenden Prozeß konform laufen, ıd zwar häufig, doch auch schnell abgeklungen. Veränderungen der neren Organe fehlen.

Nur bei den schweren generalisierten Fällen treten auch am Körper ıd der Mundschleimhaut Entzündungsherde mit hohem Fieber und Kräfte-

Digitized by Google

verfall auf. Die Primäreffloreszenzen sind auch in diesem Stadium Pusteln, die schnell zu verkrusteten, manchmal psoriasiformen Flächen eintrocknen. Gegenüber der Impetigo herpetiformis und anderen pustulösen Erkrankungen bestehen weitgehende Unterschiede sowohl in der Morphologie wie im klinischen Verlauf.

Dieser rezidivierende Prozeß, der therapeutisch kaum zu beeinflussen ist, erstreckt sich meist über Jahrzehnte. Die Ätiologie der Erkrankung ist vollkommen ungeklärt. Häufig wurden Staphylokokken nachgewiesen, bei anderen Fällen und auch in frisch aufschießenden Pusteln wurden sie vermißt.

Abb. 1. Krustöses Stadium

Abb. 2. Beginnende Pustelbildung

Ich hatte an unserer Klinik Gelegenheit, einen Fall zu beobachten, der mir geeignet erscheint, die geringe deutsche kasuistische Literatur zu vermehren, der besonders aber als Forme type differential-diagnostisch eindeutig ist.

$14^1/_2$ jähr. Mädchen, das früher nie ernstlich krank war und aus gesunder Familie stammt, leidet seit $1^1/_2$ Jahren an der jetzigen Affektion. Zunächst trat ohne erkennbare Ursache an der rechten Hohlhand ein fünfmarkstückgroßer entzündeter Herd und ein kleinerer am linken Kleinfinger auf. Diese Stellen waren rissig, eiterten jedoch nicht. Die Nägel waren gesund. Vor $^1/_4$ Jahr zeigten sich rote Flecken auch auf Rücken, Brust und Nacken; dann trat unter Fieber schnelle Ausbreitung über den ganzen Körper ein, auch die Füße wurden befallen, und die Nägel gingen aus. Da es trotz Behandlung mit verschiedenen Salben zu keiner Besserung kam, wird das Kind in die Klinik geschickt. Die Menses sind vor einem halben Jahr zweimal aufgetreten, später nicht mehr.

Aufnahmebefund: 2. VII. 1929.

Normal entwickeltes Mädchen von gutem Allgemeinzustand. Innere Organe, Nervensystem o. B. WR negativ. Blutbild zeigt außer geringer Leukozytose keine Sonderheiten.

Digitized by Google

Haut: Erkrankt ist der behaarte Kopf, Gesicht, Nacken, einzelne Herde am Stamm unter Aussparung der vorderen und hinteren Schweißrinne, mehr flächenhaft am Gesäß und den Extremitäten, nach peripher zunehmend, so daß Hände und Füße am stärksten beteiligt sind. Die Affektion besteht aus linsen- bis fingernagelgroßen, teils zu Flächen konfluierenden, gelblichroten Flecken, die mit kleienförmigen Schuppen bedeckt sind. Von den Ellenbogen- und Kniegelenken abwärts sind die Extremitäten in toto befallen; die Haut ist hier infiltriert, gespannt und stark gerötet. Auf den Handflächen und Fußsohlen finden sich statt der kleienförmigen Schuppen dicke gelblichgraue Krusten, zwischen denen Eiter hervorquillt. Die Nägel sind weich, glanzlos und brüchig, an den Enden nach oben gebogen oder ganz ausgefallen. Auf dem freiliegenden Nagelbett und den infiltrierten Nagelwällen sieht man kleine oberflächliche Pusteln.

Verlauf: Nach 14tätiger Behandlung mit Lotio zinci, Salizylsalben und feuchten Verbänden hat sich die fast universelle Erkrankung so weit zurückgebildet, daß sie jetzt den von Hallopeau beschriebenen typischen Fällen von Acrodermatitis continua entspricht.

16. VII. 1929. Nur noch geringe Rötung und Ödem der Handteller und Fußsohlen. Die Haut ist hier gespannt, so daß die Finger nur mühsam gestreckt werden können; es bestehen noch vereinzelte stecknadelkopfgroße Pusteln. Tägliche Handbäder mit Kaliumpermaganat, Bleiwasserverbände, am Körper Lotio zinci.

Abb. 3. Nagelveränderung

Am 20. und 21. VII. treten unter Fieber neut Pusteln an Händen und Füßen auf. Aus esen kann Staphylococcus aureus in Reinkultur züchtet und eine Autovakzine hergestellt erden.

8. VIII. Beginn mit Autovakzinebehandlung, zunächst 50 Millionen Keime bkutan zweimal wöchentlich. Bei langsamer eigerung der Dosen verlaufen die Fieberfälle milder. Am 4. IX. im Anschluß an die ste intravenöse Injektion von 200 Millionen eimen wieder Fieberanstieg auf 39,5. Starke ussaat von Pusteln, besonders an den Fußhlen mit Lymphangitis und Schwellung der eistendrüsen.

Es treten von jetzt ab regelmäßig jeden Tag unter Fieber neue Pusteln an Handtellern d Fußsohlen auf, die sich in 2—3 Tagen rückbilden. Die Autovakzinebehandlung wird zt kombiniert mit Ovaraden dreimal täglich ablette und Pinselung mit gesättigter Pyoktaninlösung. Von einer frisch hergestellten kzine werden Dosen von 1—2 Milliarden Keimen in kurzen Abständen gegeben.

8. X. Da das Allgemeinbefinden unter der bisherigen Behandlung leidet, die Rezidive noch in keiner Weise abgeschwächt werden, wird die Vakzinetherapie abgebrochen und r symptomatischen Behandlung mit Teerpräparaten übergegangen.

25. X. Bisher keine wesentliche Veränderung des Verlaufs. Abends erneuter Fieberstieg. Starke Eiterung an Händen und Füßen. Am Stamm zahlreiche hellrote, hirsen- bis fünfmarkstückgroße Herde mit unregelmäßigem etwas gezahntem Rande, die n Teil konfluieren und mit kleieartigen gelblichgrauen Krüstchen bedeckt sind. Dazischen an den freien Körperstellen einzelne stecknadelkopfgroße, bereits eingetrocknete stelchen (Abb. 4). Aus dem Blut lassen sich hämolytisch wachsende Staphylococcusreus-Kolonien züchten. Beginn mit Trypaflavininjektionen, auf die das Fieber am chsten Tage abfällt.

8. XI. Auf weitere Trypaflavinbehandlung ist leichte Besserung eingetreten. Die beharten Rezidive werden weniger stark; das schuppende Erythem ist jedoch in flächente Rötung und Infiltration der ganzen Körperoberfläche übergegangen.

24. XI. Die Erythrodermie hat sich zurückgebildet. Vor einigen Tagen ist wieder neues Rezidiv aufgetreten. Die Erkrankungsflächen sind jedoch jetzt schärfer abgrenzt. Da auch die Blutkulturen steril sind, wird die Behandlung mit radium-

Digitized by Google

emanationshaltiger Salbe begonnen, nachdem Schürch bei einzelnen Fällen mit Doramad gute Erfolge erzielt hat. Von einer Röntgenbestrahlnng haben wir Abstand genommen, da hiernach mehrfach Schädigungen beschrieben wurden und wegen der Kontrakturhaltung der Hände eine gleichmäßige Bestrahlung unmöglich war. Die radiumemanationshaltige Salbe wurde im hiesigen Therapeutikum von Oberarzt Dr. Happe hergestellt und enthielt auf 15 g Vaselin 600 E.S.E. Die Salbe wurde dünn aufgetragen, mit Guttapercha bedeckt und 6 Stunden liegen gelassen. Diese Behandlung wurde in Abstand von 8—14 Tagen wiederholt.

18. XII. Nach der 2. Salbenapplikation ist kein Fieberanfall mehr eingetreten. Das subjektive und objektive Befinden ist seit 3 Wochen gut. Man findet an den Handtellern und den Fußsohlen noch geringe Schuppung und Infiltration. Sogar die Nägel beginnen sich zu regenerieren und weisen in den unteren Teilen normale Farbe und Glanz auf.

Abb. 4. Stadium der Generalisierung

6. I. 1930. Der Zustand der Patientin hat sich weiter gebessert, so daß sie nach Hause entlassen werden konnte. Obwohl die Behandlung ambulant durchgeführt wurde, ist nur ein kuzer Fieberanfall mit wenigen Pusteln aufgetreten. Weitere Radiumbehandlung.

Zusammenfassung

Es handelt sich um einen Fall von Acrodermatitis continua Hallopeau, bei dem die ersten Erscheinungen lange Zeit auf einen kleinen Herd beschränkt blieben, wie dies bei den Abortivformen Audrys beschrieben wurde. Später trat Neigung zur generalisierten Ausbreitung ein. Nach gründlicher Lokalbehandlung bildet sich der Prozeß jedesmal auf die für die Acrodermatitis continua typischen Flächen zurück. Dann trat jedoch ein Stillstand im Heilungsverlauf ein. Trotz lange durch-

Digitized by Google

führter Behandlung mit hohen Dosen von Autovakzine nach Oltramare, Golay und Starobinsky, Trypaflavininjektionen, Ovaradentherapie verbunden mit lokalen Antiseptizis gelang es nicht, die Erkrankung zu beeinflussen. Nur durch radiumemanationshaltige Salbe wurden die regelmäßig an- und abschwellenden Rezidive für einige Zeit zum Verschwinden gebracht.

Nachtrag: 1. IV. 1930: Unter Fortsetzung der Radiumemanationstherapie in Salbenform bilden sich an den Händen überall große ineinander übergehende Herde fester normal gefelderter Hornhaut, die von den noch zeitweise auftretenden Pusteln nicht mehr ergriffen werden. Es treten wohl noch kurze Fieberanfälle auf, doch ist der Heilungsverlauf ein wesentlich günstiger geworden.

Literatur

Audry, Ann. de Derm. et de Syph., 1901, S. 913ff. — Barber, Brit. J. of Derm., 1927. Bd. 39. — Brun und Pedersen, Derm. Zschr., 1918, Bd. 26. — Oltramare, Golay und Starobinsky, Ann. de Derm. et de Syph., 1927, Bd. 8. — Sarateanu, Bull. de la Soc. Roumaine de Derm., 1929, Bd. 1. — Schürch, Act. derm.-venereol., 1925, Bd. 6. — Strandberg, Act. derm.-venereol., 1925, Bd. 6. — Walter, Arch. f. Derm., 1922, S. 140.

Aus der Klinik für Haut- und Geschlechtskrankheiten der kgl. ung. Franz-Joseph-Universität in Szeged (Ungarn) (Direktor: Prof. Dr. F. v. Poór)

Ein Fall von Lymphogranulomatose mit eigenartiger Keratinisationsstörung der Haut

Von

Prof. Dr. F. v. Poór

Mit 2 Abbildungen im Text

Unter den Lymphadenosen bildet die von Paltauf und Sternberg 1905 von den Pseudoleukämien abgesonderte Lymphogranulomatose auch heute noch eine in den meisten Beziehungen ungeklärte Krankheit, bei der die Erforschung der Ätiologie und Symptomatologie wohl auch infolge ihrer relativen Seltenheit auf Schwierigkeiten stößt. Die Ergebnisse der Forschungen scheinen zwar immer mehr auf eine tuberkulöse Ätiologie hinzuweisen, die in den charakteristischen Lymphknotengeschwülsten stets aufzufindenden Zellformen, die sog. Sternbergschen Riesenzellen, werden zwar von immer mehr Seiten als tuberkulöse Veränderungen angesehen, was jedoch die dermatologischen Erscheinungsformen dieser Krankheit anlangt, herrscht in ätiologischer Hinsicht vollkommene Unklarheit. Zeigen doch eben hier die Hautveränderungen das abwechslungsreichste Bild. Das Zustandekommen dieser Veränderungen suchte man auf die verschiedenste — z. T. widersprechende — Art zu erklären. Um bloß ein Beispiel zu erwähnen: Dubreuilh beschreibt unter dem Namen „prurigo lymphatique" eine juckende Hautschädigung. Meist handelt es sich um knotenförmige oder flache Hautveränderungen, die an infektiöse Granulome erinnern.

Der hier mitgeteilte Fall ist in dermatologischer Hinsicht von besonderem Interesse, weil es sich um eine Erkrankung handelt, bei der die Diagnose Lymphogranulomatose sowohl in den histologisch untersuchten Drüsen als auch bei der Sektion einwandfrei bestätigt werden konnte und hier eine bei dieser Krankheit ungewohnte, diffuse Störung der Verhornung der Haut zu finden war.

Digitized by Google

Am 27. V. 1929 wird der 39 Jahre alte Maurer M. Gy. auf die Station der Klin. aufgenommen. Er gibt an, seit nahezu zwei Jahren allmählich an Körpergewicht abzunehmen und schwächer zu werden, wobei sich an der früher stets normalen Haut eine eigenartige Trockenheit und Abschuppung sowie Haarausfall bemerkbar macht. An dem sehr stark abgemagerten Kranken fällt im Gegensatz zu der Atrophie der Extremitäten die Vorwölbung der Bauchgegend auf. Das Fettgewebe scheint aus dem Unterhautzellgewebe fast vollkommen geschwunden, die Muskulatur und das subkutane Bindegewebe sind atrophisch. Die Haut läßt sich über ihre Unterlage äußerst leicht verschieben und in Falten legen, sie schlottert sozusagen. Die Oberfläche der Haut ist trocken, pergamentartig, blaß, verdünnt, fettarm; sie schält sich in weißlichen, fingernagelgroßen Schuppen. An den Extremitäten geht die Schuppung in größeren, dickeren, schmutziggrauen Lamellen vor sich. Im allgemeinen zeigt die Haut des Kranken im Vergleich zu seinem Alter ungewohnte vorgeschrittene senile Veränderungen. Über den ganzen Körper verstreut finden sich hirsekorngroße verschorfte Pusteln. Das Kopfhaar, die Augenbrauen, der Schnurrbart sowie die Schamhaare sind schütter, die einzelnen Haare sind dürftig entwickelt, die Haarfarbe ist erhalten. Bei aufrechter Körperhaltung des Kranken fallen die stark hervortretenden geschwollenen Lymphknoten der Inguinal- und Oberschenkelgegend auf, die als haselnuß- bis nußgroße schmerzlose Geschwülste zu tasten sind.

Abb. 1

Einer dieser Lymphknoten wird exstirpiert und im Institut für pathologische Anatomie (Prof. Balló) histologisch untersucht. An den Schnitten ist die Lymphknotenstruktur nicht zu erkennen, statt dessen findet sich ein eigenartiges Granulationsgewebe, welches sich aus einkernigen Zellen verschiedener Größe und Gestalt (wuchernde retikuloendotheliale Zellen), eosinophilen Leukozyten sowie aus Plasma- und Riesenzellen zusammensetzt. In den Riesenzellen findet man durchschnittlich 2 bis 3 Kerne (Sternbergsche Riesenzellen). Stellenweise werden die erwähnten Zellelemente durch die vermehrte narbige Bindegewebe verdrängt. Leber und Milz sind vergrößert und als kompakte Gebilde unter dem Rippenbogen zu tasten.

1600000 rote, 6000 weiße Blutzellen, 25% Hämoglobin.

Am 15. VII. Exitus. Pathologisch-anatomische Diagnose (pathol.-anat. Institut): Lymphogranulomatosis (Paltauf-Sternberg) lymphoglandularum praecipue retroperitonealium, axillarum, inguinalium et lienis. Ascites, Hydrothorax, degeneratio parenchymatosa gravis myocardii, hepatis renumque. Medulla rubra ossis femoris. Ulcera cutis.

Histologischer Befund eines Hautstückes vom Unterarm, welches schon makroskopisch Zeichen der Verhornung zeigt (Färbung nach Weigert und Hornowsky sowie mit Hämatoxylin-Eosin [s. Abb. 2]). Schon bei Betrachtung mit der schwachen Vergrößerung sieht man, daß die Stachelzellenschicht des Epithels unverhältnismäßig verschmälert, die Hornschicht verbreitert und die sonst wellenförmige Grenzlinie zwischen Korium und Epithel abgeflacht ist. Bei stärkerer Vergrößerung bemerkt man, daß die Zellreihen der Stachelzellenschicht an Zahl vermindert sind. Diese Schicht

Digitized by Google

wird von 3—4 Zellreihen gebildet, das Stratum granulosum fehlt in manchen Gesichtsfeldern vollkommen oder es ist kaum zu bemerken. Die Hornschicht ist verbreitert; dort, wo die Keratohyalinschicht fehlt, enthalten die Zellen grob gezeichnete atrophische Kerne, wobei die Zellkonturen verschwommen erscheinen. Im Korium finden sich im papillären Teil lange wellenförmig verlaufende elastische Fasern, in den tieferen Teilen des Koriums zeigen sie zahlreiche Fragmentationen und korkzieherförmige Windungen. Ein Teil der verminderten kollagenen Fasernbündel färbt sich in den tieferen Schichten des Koriums gelb bei Verwendung der Hornowskyschen Färbung (Zeichen der Degeneration des Kollagen).

Die histologische Untersuchung der pustulo-ulzerösen Teile ergibt eine mäßige Verdickung, sowie eine hochgradigere Verhornung des Epithels, ferner an mehreren Stellen eine zellige Infiltration des subepithelialen Bindegewebes. Diese Infiltration besteht aus Leukozyten, Lymphozyten und Plasmazellen, die oft um die Blutgefäße gruppiert sind.

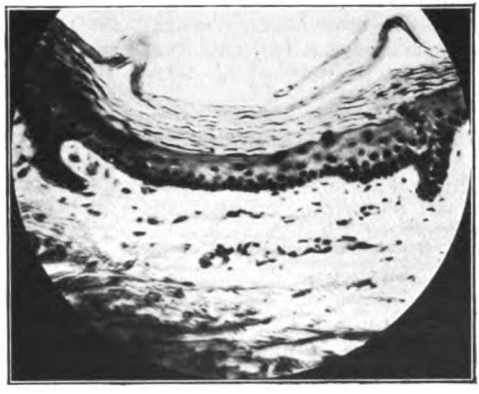


Abb. 2

Die hier besprochenen Befunde entsprechen dem charakteristischen Bild der Hautatrophie. Diese Atrophie erinnert an die im Senium anzutreffenden Hautveränderungen; abgesehen davon, daß das Alter des Kranken eine so hochgradige senile Involution keineswegs begründet, finden sich auch noch morphologische Unterschiede: so vor allem die enorme Dicke der Hornschicht, die fast die doppelte Breite der unter dieser gelegenen Schichten des Epithels erreicht, ferner der Umstand, daß die unmittelbar unterhalb des Epithel gelegenen elastischen Fasern unversehrt blieben, während sie in den tieferen Teilen des Koriums, in der retikulären Schicht, Fragmentationen, Zerreißungen oder korkzieherförmige Windungen aufweisen; alles Erscheinungen, die den Unterschied zwischen dem hier gefundenen Bild und jenem der senilen Atrophie abgeben. Eine interessante Erscheinung ist noch die Degeneration des Kollagens, welche ebenfalls in den tieferen Teilen des Koriums ausgeprägter ist als in den oberflächlicheren.

Man könnte auch noch an Ichthyose denken, bei der die Hypertrophie der Hornschicht mit einer Atrophie der Stachelzellenschicht einhergeht. Doch ist die Ichthyose eine Krankheit des frühesten Kindesalters und entsteht durch Idiovariation. In unserem Falle entstand jedoch die Hautveränderung erst im Verlaufe des Grundleidens und nahm noch während unserer eigenen Beobachtung zu.

Es handelt sich danach bei unserem Kranken um eine eigenartige Keratinisationsstörung, deren Zusammenhang mit dem Grundleiden — der Lymphogranulomatose — als einwandfrei erwiesen angesehen werden darf.

Digitized by Google

Alopecia areata und akute Infektionskrankheiten

Von

Dr. S. K. Rosenthal in Minsk

In einer früheren Arbeit habe ich die Frage von der Bedeutung der allgemeinen Infektionen in der Ätiologie der Alopecia areata aufgeworfen und einen einschlägigen Fall beschrieben. Es sei jetzt über weitere Beobachtungen sowie einige hierher gehörige Literaturangaben berichtet und auf die Bedeutung derselben für das Verständnis der Pathogenese der Alopecia areata kurz eingegangen.

In meinem ersten Fall entwickelte sich bei einem 22jähr. Mann in etwa 2 Monaten nach überstandener febriler 8tägiger Erkrankung (Grippe?) eine totale Alopezie, welche späterhin nach begonnenem Wiederwachsen der Haare das Bild einer typischen Alopecia areata darbot.

Fälle von Alopecia areata nach Grippe haben Galewsky, Pincus, Zurhelle, Williamson u. a. (zit. nach Schumacher und Moncorps) gesehen. Kerl stellte in der Wiener derm. Gesellsch. am 20. III. 1921 eine 20jähr. Frau mit totalem Haarausfall nach Grippe vor, wobei, wie auch in meinem Fall, das Wiederwachsen der Haare nach dem Typus der Alopecia areata vor sich ging. Kumer stellte in derselben Gesellschaft am 15. I. 1921 einen 10jähr. Knaben mit Alopecia areata vor, welcher vor einem Monate eine 8tägige Fiebererkrankung durchmachte. Kren zeigte daselbst am 20. X. 1921 eine 26jähr. Frau mit eigentümlichem Haarausfall (vorn seborrhoischer Typus, am Hinterhaupt scharf abgesetzte gänzlich haarlose Stellen), welcher seit Kindheit bestand und nach Angabe der Patientin nach Scharlach sich entwickeln sollte. Jordan erwähnt je einen Fall, in welchem die Alopecia areata von den Kranken selbst in Verbindung mit überstandener Malaria, Fleckfieber, Diphtherie und Herpes zoster gebracht wurde. Über Kombinationen von Alopecia areata und Herpes zoster liegen auch Beobachtungen von Joseph, Cutler, Levy, Fraenkel u. a. vor.

Diesen in der mir zugänglichen Literatur sich befindenden Angaben kann ich folgende eigene Beobachtungen hinzufügen.

1. L. I., 22jähr. Mann, überstand vor einem Monat eine Influenza mit Angina. Die Erkrankung dauerte etwa 3 Wochen. Nach weiteren 3 Wochen bemerkte der Kranke einen Haarausfall am Hinterkopfe. Im Verlaufe von einigen Tagen bildete sich ein typischer Herd von etwa 3 cm im Durchmesser aus. Pilzbefund negativ.

2. R. Sch., 27jähr. Mann. Vor 7 Monaten Scharlach. Seit 2 Monaten multiple Herde an der Kopfhaut.

3. T., 26jähr. Mann. Vor 3 Monaten Angina, Fieber und Durchfälle. Vor einigen Tagen bemerkte der Patient Haarausfall am Scheitel links. Negativer Pilzbefund bei Mikroskopie. Haarkultur (Mikrobiolog. Institut) negativ. 2 Wochen später bereits ein typischer Herd.

4. G. M., 18jähr. Mann. Vor 6 Wochen Angina. Beide Tonsillen stark vergrößert. Am Hinterhaupt links ein Herd von etwa 3 cm im Durchmesser, welcher in der letzten Woche sich ausbildete.

5. Sch., 38jähr. Mann. Kam in Behandlung wegen Lues I. Am Scheitel eine runde Herde bis 3 cm im Durchmesser. Gibt an, vor etwa 20 Jahren einen Typhus durchgemacht zu haben, wobei nach dem Typhus sämtliche Haare ausfielen. Beim Wiederwachsen blieben die obengenannten Herde zurück.

6. Ein Kranker aus der hiesigen Infektionsklinik (Leiter: Doz. Dr. Ch. Monossohn) wies das Bild der totalen Alopezie auf. Der Patient gab an, daß dieselbe sich vor etwa 20 Jahren nach überstandenem Abdominaltyphus plötzlich entwickelte und seitdem ohne Veränderung geblieben ist.

Diese Beobachtungen, sowie die angeführten Literaturangaben rechtfertigen die Feststellung, daß Alopecia areata (resp. totalis) als Folgeerscheinung verschiedener akuter Infektionen beobachtet werden kann.

Digitized by Google

Welche Bedeutung hat nun diese Feststellung für das Verständnis der Ätiologie der Alopecia areata.?

Bekanntlich gibt es bezüglich der Ätiologie der Alopecia areata zwei prinzipiell grundsätzlich verschiedene und schroff gegenüberstehende Theorien, von welchen die eine die Ursache der Alopecia areata in Störungen des Zentralnervensystems resp. endokrin-vegetativen Apparates sieht, die andere dagegen aus den eventuell vorkommenden kleinen Epidemien bzw. familiären Ansteckungen ausgehend, eine parasitär-infektiöse Genese des Leidens in Vordergrund rückt. Dabei muß betont werden, daß jede dieser Theorien auf so gewichtige und durch nahmhafte Forscher gesicherte Tatsachen sich stützt, daß manche Dermatologen beide Theorien gelten lassen wollen. Somit wird die Alopecia areata in zwei verschiedene Formen — neurotische und parasitäre — geteilt. Eine derartige Einteilung ist aber durchaus unbefriedigend, denn einerseits erscheint es unnatürlich und „prinzipiell unzulässig" (W. IWANOW), für ein so einheitliches klinisches Bild zwei derart voneinander weitstehende Ursachen anzuerkennen. Andererseits haben mehrfache mühevolle Untersuchungen den vermeintlichen Erreger der Alopecia areata nicht finden können resp. die Möglichkeit der experimentellen Übertragung zu beweisen. Die lokalparasitäre Genese des Leidens gründet sich also nur auf den obenerwähnten Fällen des eventuellen, wenn auch sehr seltenen, „epidemischen" Vorkommens (Familien, Kasernen usw.). Da aber die Möglichkeit einer externen Infektion entschieden in Abrede gestellt werden muß, so entsteht notgedrungen die Frage, ob es nicht um eine interne Infektion sich handeln könne, welche ihrerseits zu Störungen in den vermeintlichen ursächlichen Zentren der Alopecia areata (Zentralnervensystem? Endokrin-vegetativer Apparat?) führt. Diese Infektion könnte entweder spezifisch (somit wäre die Alopecia areata eine Infektionskrankheit sui generis) oder unspezifisch sein. Es liegen in dieser Beziehung bei der Alopecia areata die Dinge etwa so, wie es z. B. bei Herpes zoster der Fall ist. Nach dem Vorgange von JADASSOHN, welcher auf gewisse Analogien zwischen Herpes zoster und Erythema nodosum hingewiesen hat, kann man sehr wohl die Alopecia areata auch mit Erythema nodosum in Vergleich stellen. Abgesehen von Erythema-nodosum-Fällen, welche mit mehr oder weniger Recht mit Tuberkulose in Verbindung gebracht werden, bilden die Mehrzahl der Fälle solche, welche durch eine Reihe von klinischen Merkmalen, sowie eventuell vorkommenden kleinen Epidemien, für die Selbstständigkeit des Erythema nodosum als einer spezifischen Infektionskrankheit sprechen. Dabei muß bemerkt werden, daß das Erythema nodosum recht oft als Folgeerscheinung verschiedenartigster akuter Infektionen zur Beobachtung kommt (Literatur bei JADASSOHN, HEGLER, COMBY), wobei die Grundmerkmale der Selbständigkeit des Erythema nodosum durchaus behalten werden. Die vorangehenden Infektionen scheinen somit zum Erythema nodosum nicht in ursächlicher, sondern prädisponierender Beziehung zu stehen. Dieselben Verhältnisse findet man auch bei Herpes zoster sowie, wenn auch in beschränkterem und nicht so augenfälligem Maße bei Alopecia areata. Das eventuell epidemisches Vorkommen sowie die Entwicklung nach verschiedenartigsten Infektionen sind den sämtlichen drei Erkrankungen gemein.

Digitized by Google

Zur Verteidigung der Auffassung der Alopecia areata als eines durch interne Infektion hervorgerufenen Krankheitsbildes könnte man noch einige Literaturangaben ins Feld führen.

Spitzer hat in 72.3% der Fälle eine Schwellung der Kopflymphdrüsen gefunden, ebenfalls Matsumoto auf Grund von etwa 5000 Fällen beobachtete dieselbe sehr häufig. Dieser Befund kann zugunsten eines Zusammenhanges der Alopecia areata mit einer von der Mundhöhle aus eingedrungener Infektion sprechen. In diesem Zusammenhange ist auch die Arbeit von Barber und Zamora erwähnenswert. Diese Autoren sehen die Ursache der Alopecia areata in einer Herdinfektion (Fokalinfektion), die am häufigsten in Tonsillen ihren Sitz hat (in 62% der Fälle). Als Erreger soll meistens der Streptococcus pyogenes longus in Betracht kommen. Barber sowie Dore und Roberts E. Leslie haben sogar Heilung der Alopecia areata nach Tonsillektomie gesehen. Die nicht selten bei Alepecia areata angetroffene Lymphozytose (Strickler, Morelle, Jordan) kann leicht vom Standpunkte des infektiösen Ursprungs der Alopecia areata als eine postinfektiöse Erscheinung gedeutet werden. Endlich sei erwähnt, daß Hutchinson in 20—25% seiner Fälle Abgeschlagenheit, Ermüdung und Abmagerung als Vorboten beobachtet hat. Auch dieser Befund kann als Ausdruck einer allgemeinen Infektion aufgefaßt werden.

Der hier entwickelte Standpunkt, welcher auch in der ersten eingangs erwähnten Arbeit ausgesprochen wurde, ist nicht ohne Anklang geblieben. Buschke und Peiser, welche die wahrscheinlichste Ursache der Alopecia areata in Veränderungen im vegetativen und endokrinen System sehen, geben zu, daß auch ein infektiöses Agens diese Veränderungen hervorrufen und in diesem Fall auch zur Übertragung führen könne. Allerdings wird diese Möglichkeit von Buschke und Peiser als selten und nicht sicher bewiesen bezeichnet. Zu dieser Äußerung muß bemerkt werden, daß die Frage von den Beziehungen der Alopecia areata zu akuten Infektionskrankheiten bzw. der Standpunkt, daß Alopecia areata eine spezifische (?) durch interne Infektion bedingte Krankheit sei, durchaus im Anfange stecken und nur eine Arbeitshypothese darstellen, welche jedoch manche, wenn auch indirekte Argumente zu ihren Gunsten hat. Jedenfalls scheint diese Hypothese prinzipiell mehr annehmbar zu sein als die Einteilung der Alopecia areata, eines ziemlich einheitlichen klinischen Krankheitsbildes, in zwei so fern voneinander stehende Formen, von welchen die eine zentralen, die andere aber lokalparasitären Ursprungs sein sollte.

Literatur

Barber und Zamora, Brit. J. of Derm. and Syph., 1921, Bd. 33, Nr. 1. — Buschke und Peiser, Derm. W., 1925, Bd. 80, S. 287. — Comby, Progr. méd., 1922, Nr. 50. — Dore, Proc. of the Roy. Soc. of. Med. Sect. of Derm., Bd. 14, Nr. 5. Ref. Zbl. f. Haut- u. Geschlechtskrkh., Bd. 1, S. 41. — Hegler, Ergeb. d. inner. Med. u. d. Kinderhlkd., 1923, Bd. 12, S. 620. — Hutchinson, Zit. bei Joseph. — Jadassohn, Lubarsch-Ostertags Ergebnisse, 1899, Jahrg. 4, S. 747. — Jordan, Derm. W., 1925, Bd. 80, S. 85. — W. Iwanow, Dermatologia (russ.), 1914, S. 43. — Joseph, Lehrb. d. Haarkrkh. — Kren, Zbl. f. Haut- u. Geschlechtskrkh., Bd. 1, S. 221. — Kren, Zbl. f. Haut- u. Geschlechtskrkh., Bd. 3, S. 338. — Kumer, Zbl. f. Haut- u. Geschlechtskrkh., Bd. 1, S. 15. — Roberts E. Leslie, Brit. J. of Derm. and Syph., 1921, Bd. 33. — Levy-Fraenkel, Zbl. f. Haut- u. Geschlechtskrkh., Bd. 6, S. 165. — Matsumoto, Zbl. f. Haut- u. Geschlechtskrkh., Bd. 10, S. 262. — Morelle, Zit. bei Jordan. — S. K. Rosenthal, Wratschebnoje Djelo (russ.), 1923, Nr. 1. — Schumacher und Moneorps, Zbl. f. Haut- u. Geschlechtskrkh., Bd. 15, S. 289. — Strickler, Zit. bei Jordan. — Spitzer, Arch. f. Derm., Bd. 132. Ref. Zbl. f. Haut- u. Geschlechtskrkh., Bd. 2, S. 49.

Digitized by Google

Aus der Pathologisch-anatomischen Abteilung des Leningrader Onkologischen Instituts
(Vorstand: Dr. M. Glasunow)

Ein Fall von Chromoblastomykose

Von

Dr. N. G. Pozojewa

Mit 3 Abbildungen im Text

Die Chromoblastomykose (Dermatitis verrucosa) ist eine Tropenkrankheit. Von den etwa 30 bis jetzt beschriebenen Fällen wurde nur ein einziger in Europa beobachtet. Die Seltenheit dieser Erkrankung veranlaßt mich, einen neuen Fall zu veröffentlichen. Literaturangaben sind in der vor kurzem erschienenen Arbeit J. Tschernjawskys gegeben.

Die Chromablastomykose wird bei mit Erdarbeiten sich befassenden Personen beobachtet; sie lokalisiert sich an den unteren Extremitäten und zeichnet sich durch Langwierigkeit, Fehlen von besonderen subjektiven Empfindungen und dem rein örtlichen Charakter des Prozesses aus.

Es lassen sich zwei klinische Formen der Chromoblastomykose unterscheiden: bei der ersten bilden sich auf der Haut warzenförmige, blumenkohlähnliche Wucherungen von fester Konsistenz, die von einer übermäßig entwickelten Hornschicht bekleidet sind; bei der zweiten Form bilden diese Wucherungen mehr abgeflachte, von Borken bedeckte und leicht blutende Erhabenheiten, ohne Verdickung der Hornschicht.

Der Erreger dieser Krankheit ist die Phialaphora verrucosa; sie kommt in den Geweben in Gestalt von runden oder ovalen Körperchen von brauner Farbe vor, die entweder frei in den Mikroabszessen gelegen oder in Fremdkörperriesenzellen eingeschlossen sind.

Der 42jähr. Arbeiter klagt über eine Geschwulst im Gebiet der Rückenfläche des rechten Fußes. Die Geschwulst wurde zum ersten Male etwa vor einem Jahr bemerkt. Es kam zuerst ein roter, von der verdickten, nach dem Waschen sich abschuppenden Hornschicht bekleideter kleiner Fleck zum Vorschein. Der Fleck verwandelte sich bald in eine Warze, die sich im weiteren merklich vergrößerte und leicht blutete. Der Kranke beschäftigt sich mit der Reinigung von Kanalisationsröhren. An der Rückenfläche des Fußes, etwas nach vorn von dem äußeren Malleolärvorsatz, ist eine runde, höckerige, blumenkohlähnliche, 3×3 cm große, zusammen mit der Haut sich bewegliche, feste, teils von Börckchen bedeckte Geschwulst vorhanden. Die Lymphknoten der rechten Leistengegend sind ziemlich derb, etwas angeschwollen. Die inneren Organe sind unverändert. WR ++++.

Bei der histologischen Untersuchung des den Randteilen des Gebildes entnommenen Stückchens wurde bloß eine unspezifische Granulationsentzündung nachgewiesen.

In Anbetracht der unklaren Diagnose wurde die sämtliche Geschwulst, zusammen mit subkutanem Zellgewebe, entfernt; der wahre Charakter dieser Neubildung wurde nur bei der Untersuchung des operativ entfernten Materials bestimmt.

Die Hautoberfläche der befallenen Stelle weist bei der histologischen Untersuchung einen deutlich papillomatösen Bau auf. Die papillären und retikulären Schichten sind verdickt und von einem Zellinfiltrat durchsetzt.

Digitized by Google

In der retikulären Schicht sind herdförmige, mehr oder weniger runde, scharf konturierte Zellenansammlungen, mit einer Aufhellung von ebenfalls runder Form im Zentrum, vorhanden, d. h. es liegt das Bild eines typischen Mikroabszesses vor. Die Mikroabszesse liegen entweder einzeln oder sie berühren einander mit ihrer Randzone, da sie in mehrere Schichten angeordnet sind. Der zentrale, hellere Teil des Mikroabszesses besteht beinahe durchweg aus neutrophilen Polynukleären. Unter ihnen kommen spärliche bindegewebige, ein breitmaschiges Netz bildende Zellen mit Fortsätzen vor; in den Maschen dieses Netzes sind die Leukozyten gelegen. Die Eosinophilen sind viel spärlicher. In dieser Zone des Mikroabszesses sind, besonders klar bei mittelstarker Vergrößerung, einzeln oder gruppenweise gelegene braun gefärbte Körperchen (Abb. 1) sichtbar. Diese Körperchen sind entweder von runder oder von etwas ovaler Form; sie weisen eine scharf doppelkonturierte Kapsel auf; ihre Größe schwankt zwischen 6—8 μ. Diese Körperchen sind frei im Zentrum oder näher zur Peripherie des Mikroabszesses gelegen, nämlich in der beinahe ausschließlich durch Polynukleäre gebildeten Zone desselben (Abb. 2); in Riesenzellen eingeschlossene Parasiten kommen nicht vor.

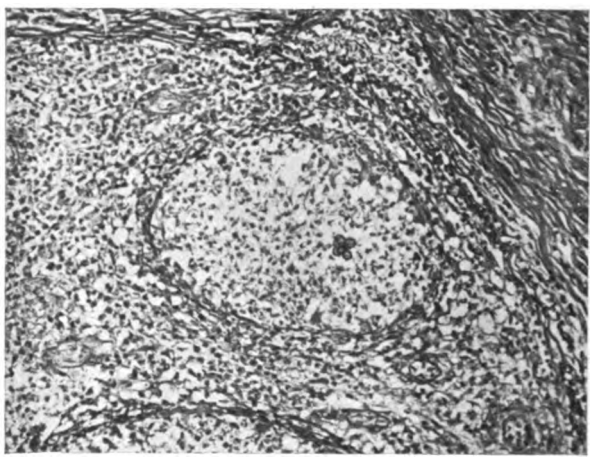


Abb. 1. Allgemeinansicht des Mikroabszesses unter mittelstarker Vergrößerung. Im Zentrum des Mikroabszesses liegt ein Häufchen runder Parasiten

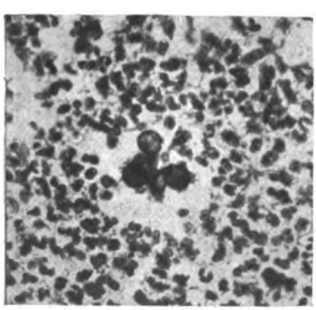


Abb. 2. Der Parasit unter starker Vergrößerung

In ungefärbten und in Hämatoxylin-Eosin-Präparaten ist der Parasit gelblichbraun gefärbt. Das Methylenblau färbt ihren Inhalt schwach bläulich; nach GRAM läßt er sich beinahe gar nicht färben. Man kann sehr häufig die Teilung dieser Körperchen durch ein Septum in zwei Teile beobachten. Der periphere Teil des Mikroabszesses ist von der zentralen Polynukleärenansammlung durch ein kontinuierliches Netz von sich verzweigenden histiozytären Zellen abgegrenzt; nach außen geht diese Histiozytenzone allmählich in das von verschiedenartigen Zellelementen infiltrierte Gewebe der retikulären Schicht über.

Das zwischen den Mikroabszessen liegende Bindegewebe ist von zahlreichen Lymphozyten und Plasmazellen durchsetzt. Die Zahl dieser letzteren

Digitized by Google

ist besonders groß im Stratum papillare, in welchem sie eine beinahe ununterbrochene Schicht bilden. In der Tiefe der retikulären Schicht und im Korium folgen die Plasmazellen bei ihrer Verbreitung dem Verlauf der Hautgefäße. In diesen Hautschichten kommen auch zahlreiche Mastzellen vor. Schließlich macht die Färbung nach Gram, sowie mit saurem Fuchsin, eine Reihe von zum größten Teil intrazellulären, sich mit Eosin blaßrosa färbenden Gebilden sehr deutlich sichtbar.

Ein Teil dieser Gebilde ist von sphärischer Form und entweder frei oder im Makrophagenprotoplasma gelegen. Der äußeren Gestalt nach sehen sie den in verschiedenen Granulomen vorkommenden Russelschen Körperchen ähnlich. Die übrigen Gebilde sind sichelförmig, in Häufchen von je 10—12 Exemplaren, in den Makrophagen gelegen (Abb. 3). Diese letzten Gebilde stellen wahrscheinlich ebenfalls irgend welche Eiweißprodukte vor und sind in genetischer Beziehung den Russelschen Körperchen analog, von welchen sie sich nur durch die äußere Form unterscheiden.

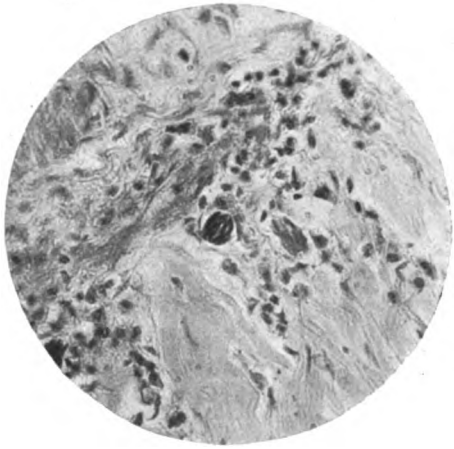


Abb. 3. Eiweißkristalle. Ein Häufchen von Eiweißkristallen in den tieferen Koriumschichten (Färbung nach Gram)

Das Granulom ist an einem gelblichbraunen, in den Makrophagen liegenden Pigment sehr reich. Besonders reichlich ist es in den oberflächlichen Hautschichten vertreten.

Das elastische Gewebe fehlt im Gebiete der Mikroabszesse, und nur im Korium sind die ziemlich dicken, sich mit Orcein gut färbenden Fasern sichtbar. Die Kollagenfasern bleiben in den Mikroabszessen ebenfalls aus.

Die Diagnose bietet im gegebenen Falle keine Schwierigkeiten, da das Vorhandensein von typischen, runde, pilzähnliche, braune Körperchen enthaltenden Mikroabszessen es gestattet, diesen Fall als Chromoblastomykose zu bestimmen. Es ist mir leider nicht gelungen, die bakteriologische Untersuchung der Parasiten auszuführen, da das bei der Operation erhaltene Material sofort in Formalin fixiert wurde.

Literatur

J. Tschernjawsky, Chromoblastomykose. Arch. f. Derm., 1929, Bd. 157.

Aus dem Italienischen Hospital „Umberto I." in Kairo (Med. Direktor: Prof. Dr. A. Mochi)

Neosalvarsan bei Herpes recidivans necroticus

Von

Dr. Paul Balog, Leiter des Laboratoriums

Die 45 Jahre alte, intelligente Kranke kommt wegen einer schmerzhaften, entstellenden Eruption auf der Nase. Vor 2 Jahren hatte sie eine ähnliche Erkrankung

Digitized by Google

der Unterlippe, die sich im vorigen Jahre auf der Oberlippe wiederholte. Beide Male wurde die Krankheit ohne jeglichen Erfolg behandelt und heilte nach ungefähr 3 Monaten spontan. Anamnese für Lues negativ, kein Abortus, keine nennenswerten Erkrankungen. WR negativ, SGR negativ, MTR negativ.

8. II. 1929. Am rechten Nasenflügel eine pfennigstückgroße unregelmäßige Läsion, die sich aus zahlreichen hanfkorngroßen Geschwürchen zusammensetzt. Diese sind ziemlich tief, mehrere konfluieren zu einem unebenen, polyzyklischen, scharf geränderten Ulcus. Geschwürsgrund speckig, schmierig belegt. Im Bereiche des Herdes, der auf etwas infiltrierter Unterlage sitzt, spärliche Reste des Epithels vorhanden; ein nach außen allmählich verschwindender, entzündlicher Hof von 2—3 mm Breite umgibt die Läsion. Ein ähnlicher, etwas kleinerer Herd auf der Nasenspitze, ein wenig nach rechts. Hier fließen die Geschwürchen noch mehr zusammen, es entsteht eine scharf begrenzte, polyzyklische Geschwürsfläche mit höckerigem Boden; am Rande Reste von zerrissenen Bläschendecken. Ein dritter Herd von gleicher Beschaffenheit am linken Nasenflügel. An der Oberlippe wie auch auf der Unterlippe in Gruppen geordnete, hanfkorngroße, eingedellte weiße Narben; die Narbengruppen liegen unregelmäßig zerstreut bis zu beiden Mundwinkeln. Diagnose: Herpes necroticus recidivans.

Verordnet wurden Resorzinumschläge und intrakutane Aolaneinspritzungen. Nach den ersten drei Einspritzungen (8., 11. und 13. II.) leichte Besserung: die Rötung um die Herde etwas geringer. Die weiteren zwei Injektionen (15. und 18. II.) üben keinen Einfluß aus, ebenso zwei intramuskuläre Milcheninjektionen, nach denen sogar vorübergehend eine stärkere Lokalreaktion auftrat. Viermalige Quarzlichtbestrahlung mit gleichzeitiger Eigenblutbehandlung bleibt auch ohne Erfolg.

Auf Grund der günstigen Neosalvarsanwirkung bei manchen ulzerösen Hautkrankheiten nicht syphilitischer Natur erhält die Kranke am 11. III. 0,15 g Neosalvarsan intravenös. Am 14. III. konnte man schon eine wesentliche Reinigung der bisher schmierig belegten Geschwürsflächen beobachten. Auch der hyperämische Hof ist beinahe ganz verschwunden. Die Kranke erhält wiederum eine Neosalvarsaneinspritzung (0,3 g). 18. III. Die Geschwürsflächen zeigen gesunde rote Granulation, so daß der Defekt schon flacher ist und die Epithelisation beginnt sowohl von den Rändern her, als auch von den spärlichen Epithelinselchen zwischen den Geschwüren. 0.45 g Neosalvarsan.

25. III. Epithelisation beendet, an Stelle der Herde frische, rosarote Narben. Seither sind 10 Monate verstrichen, ohne daß die Patientin, die unter Kontrolle ist, ein Rezidiv bekommen hätte.

Es muß betont werden, daß wir nicht an eine spezifische, gegen den Herpeserreger gerichtete Wirkung des Neosalvarsans denken, denn sonst müßte man ja auch bei dem akuten einfachen Herpes labialis usw. ähnliche Erfolge erzielen, sondern an eine Reduktion der geschädigten, also teilweise oder völlig wehrlosen Körperzellen, die die Geschwüre umgeben.

Aus der dermatologischen Abteilung des Allgem. Krankenhauses Hamburg-Barmbeck
(Oberarzt: Prof. Dr. Delbanco)

Über einen Fall von Primäraffekt auf einer frischen Douglasinzisionsnarbe

Von

Dr. Carl Haack, Sekundärarzt der Abteilung

Mit 1 Abbildung im Text

Rille hat wiederholt eindringlich auf die Seltenheit des Primäraffektes im Bereich der Vagina hingewiesen, wiewohl gerade er es war, der im Gegensatz zu Fournier das nur ganz vereinzelte Vorkommen betonte. Bei seiner ganz einzigen Erfahrung, die sich auf das Material der Neumannschen Klinik aus der großen Wiener Zeit und auf seine langjährige Leipziger klinische Tätigkeit stützt, sind seine neuerlichen Unter-

Digitized by Google

suchungen und die Mitteilungen seiner Schüler Kazarowa und Rudloff von besonderem Werte.

Darum verdient ein kürzlich bei uns zur Beobachtung gelangter Fall erwähnt zu werden.

22jähr. Frau, die seit August 1929 an einer Gonorrhoe leidet. Nach einer Pelveoperitonitis (Go.) erkrankt sie an einem Douglasabszeß. Auf der gynäkologischen Abteilung des hiesigen Krankenhauses wird eine Inzision ins hintere Scheidengewölbe erforderlich mit anschließender Drainage. Im Dezember kann die Frau geheilt entlassen werden. Draußen erfolgte der letzte Koitus am 14. I. 1930. Am 14. II. 1930 kommt sie zu uns wegen Go.-Rezidivs.

Gleichzeitig findet sich an der abheilenden Douglasinzisionswunde folgender Befund (siehe Abb. 1):

An der eingezogenen tiefroten Narbe eine entzündliche Infiltration, wie eine leicht verdickte Erosio erscheinend.

Die Narbe sieht im Mutterspiegel wie ein quergestellter Muttermund aus. Im Reizserum massenhafte Pallida, keine Inguinaldrüsenschwellungen. Die WR im Blut bereits ++++. Haut und Schleimhäute erweisen sich als intakt. Schnelles Schwinden des Primäraffektes unter üblicher energischer Kur.

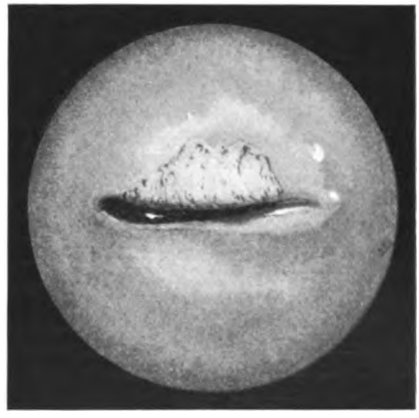


Abb. 1. Primäraffekt an einer Douglasinzisionswunde

An der Diagnose bestand demnach kein Zweifel, es handelte sich um eine Ansiedlung der Spir. pallida in der durch ein Trauma geschädigten Vaginalschleimhaut; Portio und Vulva intakt.

Mit Rille glauben auch wir, daß solche Lagerung des Primäraffektes bei geringer Größe und fehlender Lymphknotenschwellung leicht übersehen werden kann. Der Fall als solcher könnte leicht in die Reihe der Lues d'emblée fallen.

Das voraufgegangene chirurgische Trauma läßt andererseits diesen Fall die These von der Widerstandsfähigkeit der Vaginalschleimhaut gegen das luische Gift nicht erschüttern.

Literatur

Rille, J. H., Über den syphilitischen Primäraffekt in der Vagina. Mh. f. pr. Derm., 1897. Bd. 25, S. 50; Derm. W., 1929, Bd. 88. Nr. 8 u. 9. — Rille, J. H., Zur Kenntnis der syphilitischen Veränderungen der Vagina und der Vaginalportion. D. m. W., 1904, Bd. 30, S. 624. — Kazarowa, Über den syphilitischen Primäraffekt der Vagina und Vaginalportion. Diss., Leipzig 1928. — Rudloff, Ein Fall von syphilitischem Primäraffekt an der Vagina. Derm. W., 1929, Nr. 49, Bd. 89, S. 1951. Weitere Literatur bei Kazarowa und Rudloff.

Versammlungen

Berliner Dermatologische Gesellschaft

Sitzung vom 9. Juli 1929

Bericht von L. Kleeberg-Berlin

Univ.-Hautklinik:

I. Gottron: 1. 50jähr. Mann mit Lues congenita.

2. Lippenkarzinom.

Digitized by Google

3. Planes Karzinom der Vorhaut.
4. Aknekeloid.
5. Tbc. ulcerosa miliaris der Tonsillen.
6. Purpura Werlhofii und Thrombopenie.
7. Paronychieähnliches Sarkoid bei einem Kind.

II. Jaffé, K.: Dermatomyositis.

III. Heyn: Balanitis gonorrhoica, einer hyperkeratotischen Psoriasis ähnlich.

Heller: Das Krankheitsbild wurde früher als Onychia maligna scrophulosorum beschrieben.

Buschke: In dieser Isolierung haben wir diese Affektion bisher nie beobachten können, sondern nur mit Gelenkaffektionen kombiniert. B. erinnert an die isolierte Psoriasis des Penis, die häufig mit einer venerischen Infektion verwechselt wird.

Frei: Die von Arning beschriebene Form der Balan. gonorrh. glich einer zirkumskripten Balanitis erosiva und ist meistens mit einer endogenen Konjunktivitis kombiniert.

Erich Langer: Hier handelt es sich um eine Follikulitis gonorrhoica.

Michael weist auf die engen Beziehungen von Arthritis, Adipositas, gonorrh. Hyperkeratosen und uroseptischen Prozessen hin.

Buschke: Ich habe keineswegs die von Heyn demonstrierte Affektion mit Psoriasis identifiziert. Das gonorrh. Exanthem ist zwar in seiner typischen Form histologisch von der Psoriasis sehr verschieden (Blase, deren Decke Verhornung aufweist, bei der Psoriasis entzündliche Veränderungen, Parakeratose, Mikroabszesse), aber es bestehen doch biologische Analogien zwischen diesen Exanthemen.

IV. Bruhns: 1. Papulo-nekrotische Tuberkulide im Gesicht.

46jähr. Frau. Vor 16 Jahren angeblich wegen „Lupus" behandelt. Seit 11 Jahren wiederholt kleine Geschwüre im Gesicht. Jetzt Anzahl kleiner scharf geschnittener Narben an Nase und Wange, ferner auf beiden Wangen knapp erbsengroße eitrig in die Tiefe gehende Einschmelzungen. Pirquet stark positiv. WR negativ. Lungenbefund o. B. Blutbefund mäßige Lymphozytose.

2. Acrodermatitis atrophicans am linken Arm und an der linken Hand (Fall schon vor etwa drei Jahren gezeigt).

An der Hand erheblicher Rückgang der blauroten Verfärbung gegen früher (Höhensonnenbehandlung, indifferente Salben). Am Unterarm aber seit vier Wochen umschriebene rote Infiltrationen etwa kirschgroß, schmerzhaft. Röntgendurchleuchtung des Schädels zeigt Vergrößerung der Sella turcica resp. der Hypophyse. Präparate gegen Hypophysendysfunktion sollen versucht werden.

3. Lues maligna.

Salvarsanresistenz nach guter Anfangswirkung. 46jähr. Pat., vor 4 Jahren tertiäre Ulzera an der Haut des Abdomens, vorher nichts von Lues bekannt. Im vorigen Jahr Rezidiv. Jetzt große maligne Ulzera an Brust, Unterschenkeln, Genitalien. Rektalstruktur. Rückgang unter Neosalvarsan. Casbis, Kalomelinjektionen, Zittmann, Neosilbersalvarsan, aber am Ende der Kur immer Wiederaufbruch der Geschwüre.

V. Buschke: 1. 32jähr. **Frau mit zahlreichen symmetrischen Keloiden auf** dem Rücken (Die von der Impfung in der Jugend herstammenden Narben sind nicht keloidentartet).

2. $3^1/_2$ Jahre altes Kind mit **Mikrosporid.** Nach 130 mg Thallium aceticum 12 Tage später Exanthem von halblinsengroßen Knötchen. Ein Thalliumexanthem zeigt mehr den Charakter einer Dermatitis.

3. 52jähr. Mann mit ausgedehntem **Lichen ruber** und hochgradigem Lichen ruber verrucosus an den Unterschenkeln. Arsenbehandlung war wirkungslos, unter Wismutinjektionen Abheilung des Lichen planus.

4. 31jähr. Mann mit plötzlich entstandenen hämorrhagischen Blasen an beiden Ohrmuscheln (früher angeblich schon einmal ähnliche Erkrankung) und am äußeren Gehörgang. Arzneiexanthem? Für Ergotismus kein Anhaltspunkt. **Atypisches Erythema exsudativum multiforme?**

Kadisch fragt nach Ergotinabusus, wird von B. verneint.

5. 42jähr. Mann. Dezember 1927 Lues akquiriert, ungenügend behandelt, jetzt **ulzeröse Reinduration** am Penis und ulzeröses Syphilid **am** rechten oberen Augenlid.

6. 31jähr. Frau mit **oberflächlichem tubero-serpiginösem Syphilid.**

7. 44jähr. Mann mit **universeller Dermatitis nach Psoriasis.**

Digitized by Google

8. 60jähr. Frau mit Geschwür auf der Nasenspitze, ursprünglich wohl **Epitheliom,** sehr intensiv mit Röntgen bestrahlt. **Röntgenverbrennung?** Histologisch keine epitheliomatösen Veränderungen.

VI. Pinkus: Lichen ruber planus oder Lichen scrofulosorum?

VII. W. Richter (Klinik Bier): 1. Multiple Xanthome bei einer 22jähr. Pat. an Finger, Zehen und Handgelenken kombiniert mit flachen Xanthelasmen an Ober- und Unterlidern.

2. Zwei Fälle von Aktinomykose. Durch viermalige Umspritzung mit 4 bis 6 Quaddeln von 10%igem Jodoformglycerin geheilt.

3. Lupus erythematodes geheilt durch Lopion und Iontophorese mit Kali jodati 5,0, Tinct. jodi 10.0, Aq. dest. ad 100,0.

4. Ulcus molle am linken Zeigefinger.

VIII. Ledermann: 1. Poikilodermie?

2. Berichtet über den histologischen Befund des in der vorigen Sitzung als **Lymphangiom?** vorgestellten Falles. Die Diagnose Gottrons — **zirkumskripte Hautatrophie** — bestätigte sich.

IX. W. Fischer: Arzneiexanthem nach Eumed (Antipyrinexanthem).

X. Heller berichtet über einen Fall von **Dermatitis herpetiformis,** der zuerst unter dem Bilde einer Neurodermitis, eines Lichen chronicus simplex begann. Therapeutisch wurde Spirozid versucht.

Buschke fragt nach der Jodkaliprovokation.

F. Jacobsohn sah Gutes bei der intravenösen Novoprotinbehandlung und Calcium chloratum.

Buschke rät zur Behandlung mit endokrinen Substanzen.

XI. E. Langer: 1. Ulcus phagedaenicum mit Chininurethan behandelt.

2. Diapositive: Koagulation von Harnröhrenpapillomen. Divertikel der Pars bulbosa.

Diskussion zu Benedek-Leipzig. Über Blutkulturen des Schizos. hominis (Spalthefe).

Kadisch. Um allen Laboratoriumsinfektionen zu entgehen, hat K. vor über 4 Wochen jede Arbeit mit Spalthefe eingestellt; nachdem nun anzunehmen war, daß sich die Versuchsbedingungen gebessert haben, hat er schlagartig an einem Tage von 72 Patienten Kopfschuppen entnommen und von jedem Patienten 10 Röhrchen beimpft (also 720 Röhrchen). Es war ein auffallendes Ergebnis, daß es nur in einem Falle gelang, Spalthefe nachzuweisen.

Buschke: Bisher ist es B. niemals gelungen aus Herden von Ekzema seborrhoicum die Spalthefe zu züchten.

Kadisch: Engelhardt sucht sich durch Unterwasserkulturen gegen die Verunreinigung durch Spalthefe zu schützen. K. lehnt auch dieses Plattenverfahren ab. Zwei Verunreinigungsmöglichkeiten muß man immer berücksichtigen: 1. Verunreinigung des Laboratoriums (hier spielt das Züchtungsverfahren eine Rolle) durch Antigenbereitung. 2. Verunreinigung des Schuppenmaterials, nachdem Impfversuche auf den Stationen vorgenommen worden waren.

Benedek (Schlußwort): Die Mitteilung der Möglichkeit einer Laboratoriumsinfektion (Bruhns und Kadisch, Engelhardt), die ja eine objektive Bewertung des Züchtungsergebnisses der Spalthefe in Frage stellen konnte, hat mich sehr überrascht, da ich eine solche in meinem Laboratorium in keiner Phase der Züchtung erlebt habe. Nachdem ich z. Z. an 600 Fälle der verschiedensten Formen der Spalthefemykose kulturell untersucht habe, kam ich mit einmaliger Aussaat bzw. mit einer Serie von 3—5 Röhrchen niemals über Durchschnittshundertsatz von 10 bis 5% hinaus! Dagegen kann ich feststellen, daß alle bisherigen Veröffentlichungen (Unna und Keil, Keil, Bruhns und Kadisch, Engelhardt) über die Züchtungsergebnisse der Spalthefe ein Mehrfaches an positiven Kulturen über meine Angaben hinaus erreicht haben. Ich habe darauf schon in Hamburg hingewiesen, daß ein höherer Prozentsatz an positiven Kulturen einfach schon durch die Auswahl der zur Züchtung herangezogenen Fälle ohne weiteres begründet werden kann. Ich muß Kadisch darin zustimmen, daß das Plattenverfahren, das Engelhardt durchweg angewendet hat, für eine eventuelle Verseuchung des Impfraumes an sich mehr Möglichkeit bietet als die Verwendung von Reagenzglaskulturen. Aber eben Engelhardt hat gezeigt, daß man sogar bei Beobachtung durchaus elementarer, bakteriologisch-impftechnischer Vorsichtsmaßnahmen auch mit dem Plattenverfahren

Digitized by Google

ein einwandfreies Resultat erzielen kann. Ich muß es auf das lebhafteste begrüßen, daß Bruhns und Kadisch sowie Engelhardt die in ihren Laboratorien stattgehabte Verseuchung der Räume mit Spalthefe so ausführlich mitgeteilt haben. Daraus geht in erster Linie hervor, daß eine Verseuchung bei Impfversuchen, bei der Zubereitung von Vakzinen und Antigenen möglich ist. Nun sind aber sowohl die Vakzinen als auch die Antigene stets außerhalb meiner Laboratoriumsräume hergestellt worden. Was ferner die eventuelle Verbreitung der Keime bei Impfversuchen an Menschen betrifft, so muß ich dazu bemerken, daß meine geimpften Fälle ambulant waren und nicht stationär wie im Falle von Bruhns und Kadisch. Engelhardt, so daß diese Möglichkeit bereits im vorhinein als eine eventuelle Fehlerquelle entfallen war. Durch die Beobachtung der elementarsten, bakteriologischen Impfregeln kann man zu einem durchaus einwandfreien Resultat kommen. Diese Ausführungen beziehen sich auch auf Resultate der positiven Blutkulturen. Die Blutkulturen sind naturgemäß in der Reihenfolge angelegt worden, wie die Fälle zur Beobachtung gekommen sind, d. h. lokalisierte, generalisierte Fälle, Spalthefemykid (Pityriasis rosea) bunt durcheinander. Wenn daher meine Kulturresultate nicht den tatsächlichen, im inneren Wesen der Affektion begründeten Verhältnissen entsprechen würden, so würden die auffallend mit dem Wesen und Verlauf der Affektion übereinstimmenden Hundertsätze an positiven Blutkulturen (lokalisierte Form 9,19%, generalisierte Form 22,33%, Spalthefemykid 31,25%) undenkbar sein. Bei der Schärfe der Kontrollmaßnahmen bei der Anlegung von Blutkulturen muß ich jeden Einwand, der das Tatsächliche dieser Befunde anzweifeln sollte, entschieden zurückweisen. Meine positiven Kulturergebnisse bei Hautkulturen sowie die damit übereinstimmenden Resultate von Engelhardt, ferner die noch viel besseren Resultate Bruhns und Kadisch, von Unna und Keil, welche letzteren Autoren, genau wie ich, keine Verseuchung der Laboratorien erlebt haben, in Zusammenhang mit den völlig negativen Kulturergebnissen bei Hautgesunden, andersgearteten Hautkranken und anderen Mykosen bei Benedek, Keil, Engelhardt bezeugen die innigen Beziehungen der Spalthefe mit den von mir angegebenen Dermatosen auf das genaueste. So entkräftet daher Engelhardt selbst seine Vermutung über eine in meinem Laboratorium stattgehabte Verseuchung, die ja meine Züchtungsergebnisse hätten beeinflussen können, durch seine eigenen, wirklich mit den denkbar schärfsten Kontrollmaßnahmen (Unterwasserkulturen) erhobenen Befunde, die ja mit den meinigen übereinstimmen; Engelhardts Befunde beweisen eben das Gegenteil. Hierzu kommt noch das neuere Untersuchungsergebnis bei Pityriasis rosea von Urbach-Wien mit seiner einfachen und genialen Kantharidin-Blasenmethode, die meine Befunde vollauf, auf einem gänzlich anderen Wege und mit einer anderen Methode bestätigen. Die von Urbach herangezogenen 250 Kontrollfälle beim Hautgesunden, anders gearteten Hautkranken und mykotischen Affektionen bis auf einen Fall einer Achselhöhlenerkrankung haben durchweg ein negatives Ergebnis geliefert.

Referatenteil

Fachzeitschriften

Dermatologische Zeitschrift

1929, Bd. 57, H. 4

Hoffmann, E.-Bonn: Entstehung, Wesen, Erkennung, Verhütung und Frühheilung der angeborenen Syphilis. (Lues innata s. connatalis.) S. 145.

Die fötale Syphilis ist eine von der Mutter auf die Frucht übertragene Spirochäteninfektion; sie entsteht auf diaplazentarem Wege. Eine germinative Übertragung ist völlig unbewiesen, ebenso die paterne Übertragung auch bei Annahme einer granulären Form der Spir. pall. Vor dem 5. Schwangerschaftsmonat finden sich weder Spirochäten noch charakteristische Veränderungen im Fötus oder in den Eihäuten. Die Frucht ist in den ersten Monaten durch lebhafte biologisch-fermentative Prozesse an den Trophoblastzellen und dem anfangs zweischichtigen Zottenepithel gut geschützt. Frühaborte sind nicht mehr als für Lues charakteristisch, wohl aber Tot- und Frühgeburten in der zweiten

Digitized by Google

Hälfte der Schwangerschaft. Die Symptome der Lues innata unterscheiden sich von denen der akquirierten Säuglingssyphilis gewöhnlich durch größere Schwere der Erkrankung. Koryza, schlechter Ernährungszustand, eigenartige Hautbeschaffenheit, Milz- und Leberschwellung, geringe Drüsenschwellung, pemphigoide Ausschläge, Exantheme mit Blasen- und Krustenbildung, diffuse Infiltrate mit Rhagaden sind wichtige Zeichen, die oft aber bei und nach der Geburt noch fehlen. Frühzeitig sind Knochenveränderungen vorhanden. Osteochondritis syphilitica läßt sich am besten im Röntgenbild erkennen. Daneben kommen, besonders einige Wochen nach der Geburt, ossifizierende Periostitiden, selten eine fibröse rarefizierende Osteomyelitis der großen Röhrenknochen, bei älteren Kindern auch gummöse Erkrankungen vor. Es gibt Mischformen angeborener und erworbener Säuglingssyphilis, die auf Superinfektion während oder kurz nach der Geburt beruhen (binäre Säuglingssyphilis). Zur Früherkennung der Lues innala dienen Spirochätenuntersuchungen am peripheren Nabelschnurende, serologische Reaktionen, Röntgenuntersuchung und Liquorprüfung. Zum Anschluß der angeborenen Erkrankung ist eine Überwachung von 6 Monaten erforderlich. Die Verhütung der angeborenen Syphilis ist durch pränatale Behandlung mit Salvarsan und Wismut fast sicher garantiert. Weitere Verhütungsmaßnahmen sind antikonzeptionelle Prophylaxe, präventive Behandlung stark gefährdeter Ehefrauen und postnatale maximale Frühbehandlung kranker und stark gefährdeter Säuglinge. Verf. gibt der kombinierten Salvarsan-Bismogenol-Kur in Form der Müllerschen oder der Bonner Kur den Vorzug vor der Spirozidbehandlung, da es noch nicht erwiesen ist, ob letztere die gleichen Dauerresultate ergibt. Bei dem Stand unseres therapeutischen Könnens ist ein Rückgang der angeborenen Syphilis mit Sicherheit zu erwarten.

Marcus, K.-Stockholm: Beitrag zur Kenntnis der Prophylaxe bei Syphilis congenita. (Krkhs. St. Görau.). S. 163.

Die Erfahrungen, die Verf. in „Lilla Hemmet", einem Heim, in dem Kinder mit angeborener Syphilis beobachtet werden, gesammelt hat, beweisen die Notwendigkeit individuellen Vorgehens. Als Anhaltspunkte für sofortiges Behandeln nach der Geburt können gelten: niedriges Körpergewicht, graublasses Aussehen, schlaffe Hautdecke und Muskulatur, später Beginn der Behandlung der Mutter und unzureichende Behandlung während der Gravidität. Nur wenn die Infektion der Mutter zeitlich lange zurückliegt, die Behandlung nach modernen Begriffen ausreichend, die Mutter während der Schwangerschaft symptomfrei, die WR negativ war, kann man von einer Behandlung des Kindes Abstand nehmen. Die Beobachtung des Kindes muß sich allerdings auf viele Jahre erstrecken, bis die Entscheidung getroffen werden kann, ob es gesund oder nur symptomfrei zur Welt gekommen ist. (Einzelheiten s. Derm. W., 1929, Nr. 47, S. 1883.)

Wegner, E.-Jena: Die Erfolge der Behandlung der Lues innata. (Univ.-Hautkl.) S. 178.

Bei allen Kindern luischer Eltern soll, auch wenn sie keine klinischen Symptome zeigen, innerhalb der ersten Lebenstage eine Blutuntersuchung gemacht werden, die bei negativem Ausfall bis zum 6. Monat alle 4 Wochen, dann bis zum 1. Lebensjahre alle 3 Monate zu wiederholen ist. Am geeignetsten ist die WR mit steigenden Serummengen und zeitlich differenzierter Ablesung. Die Aussichten auf Sanierung fallen mit steigendem Lebensalter. Die Kuren sind mindestens 5 Monate lang durchzuführen. Säuglinge bis zum vollendeten 9. Lebensmonat erhalten $^1/_2$ Tablette Spirozid pro die je 7 Tage hindurch, dann Pause von 4 Tagen usw. Von der 2. Pause an beträgt diese 7 Tage. Zeigt sich die Serumreaktion im Verlauf der Kur unbeeinflußt, so wird Spirozid durch Bi ersetzt. Man gibt wöchentlich 2mal eine Injektion von 0,1 ccm innerhalb des 1. Lebensjahres, im 2. und 3. Lebensjahre 0.15, im 4. und 5. Lebensjahre 0,2, im 6.—8. Jahre 0,3 usw. Die Kur wird nur dann nach 6 Monaten abgebrochen, wenn die WR in den letzten 10 Behandlungswochen negativ war. In resistenten Fällen wird Bi durch Myosalvarsan ersetzt. Kinder vom 3. Lebensjahre an erhalten 3 Salvarsaninjektionen im Abstand von 48 Stunden, dann Bi. Zum Zwecke einer Verstärkung der chronisch-kontinuierlichen Behandlung kann auch eine Malariakur eingeschoben werden. Sie ist angezeigt in allen Fällen von Lues des Zentralnervensystems, ferner bei Spätlues mit positivem Liquor ohne klinische Symptome und in Fällen von Lues bis zum 6. Jahre, die bisher nicht oder ungenügend behandelt worden sind. Nach Beendigung jeder Kur muß die WR in den ersten 6 Monaten alle 4 Wochen, bis zum Ende des 3. Jahres alle Vierteljahre, dann in $^1/_2$—1jährigen Pausen angesetzt werden. Bleibt die WR dauernd positiv, dann muß der Liquor regelmäßig kontrolliert werden.

Digitized by Google

Von Mallinckrodt-Haupt, A.-Bonn: Milbenerkrankungen des Menschen. (Fortsetzung.) Ein neuer Trombidioseherd in der Eifel. (Univ.-Hautkl.) S. 19[illegible]

Die Larve ruft einen stark juckenden Ausschlag hervor, der sich aus ovalen, rosa bis roten 1—2 cm großen Papeln auf urtikariellem Grund zusammensetzt. Die Efloreszenzen sitzen an den Follikelöffnungen und sind im Zentrum mit einem blutigen Krüstchen bedeckt. Der Erreger der „Erntekrätze" ist der sogenannte Leptus autumnalis Shaw 1806. Die Larve hält sich an der Bodenoberfläche auf niederen Gräsern und Pflanzen auf und befällt von hier aus vorüberkommende Warmblüter. Nachdem sie sich mit Nahrung vollgesogen hat, begibt sie sich wieder in den Erdboden zur Weiterentwicklung oder sie geht, falls sie auf einen ungeeigneten Wirt stößt, zugrunde. Eine Infektion des Menschen ist daher nur an Ort und Stelle möglich. Eine Verbreitung der Infektion durch Verschleppung findet nicht statt.

Wainstein, A., u. M. Potaschnik-Kasan: Die aktive Methode Tsü in der Serodiagnose der Syphilis. (Derm. Venerolog. Kl.) S. 201.

Die Resultate der Methode Tsü stimmten in 96,3% mit denen der WR und in 98,2% mit denen der SGR überein. Bei latenter Syphilis, viszeraler und Neurolues ist die Methode empfindlicher als die übrigen Reaktionen. Unspezifische Resultate kommen nur in geringem Prozentsatz der Fälle vor. Die Reaktion ist sehr einfach und leicht ausführbar. Die Ausflockung erscheint deutlicher als bei anderen Flockungsmethoden. Das Serum muß am Tage der Blutentnahme untersucht werden.

F. Harry-Wiesbaden.

Zeitschrift für Urologie

1929, Bd. 23, H. 11

Habuto-Japan: Über die Veränderungen der Samenblase durch Lebensjahre S. 916—966.

Ausführliche anatomische und histologische Erörterung der im Thema aufgeworfenen Frage, auf Grund mühevoller Gruppenuntersuchungen in den verschiedenen Lebensaltern. Muß im Original nachgelesen werden.

Ilyin, A.-Kostroma: Zur Frage über nicht traumatische Nierenruptur S. 967—969.

Beschreibung eines Falles von spontaner Nierenzerreißung. Zuerst war — wahrscheinlich verursacht durch eine sarkomatöse Erkrankung des Nierengewebes — eine Thrombosierung der kleinen Arterienzweige eingetreten mit einem weißen Infarkt als Folge. Im Anschluß an eine Thrombosierung eines größeren Arterienastes erfolgte dann ein großer roter Infarkt, in dessen Gebiet es infolge des erhöhten Innendruckes zur Nierenzerreißung kam.

Großmann, W.-Berlin: Weitere Erfahrungen über Schmerzphänomene bei urologischen Erkrankungen. S. 970—972.

Zur Erleichterung der Diagnose der Urogenitalerkrankungen kann neben den Headschen Zonen auch die Beobachtung einer Reihe von Schmerzphänomenen wesentlich beitragen. Hierzu gehört die Aufhebung des Kitzelreflexes, wobei, wie auch bei den anderen Phänomenen, große Unterschiede in Umfang und Intensität der hyperalgetischen Bezirke bestehen, ferner bei Verdacht bei Nieren- und Uretererkrankungen der Phrenikusdruckschmerz und der Hodendruckschmerz. Besonders der letztere spielt bei Nieren- und Uretersteinkoliken eine große Rolle, ferner bei traumatischen Verletzungen der Niere. Auch die männlichen Adnexerkrankungen führen zu Schmerzphänomen, die sich vielfach durch Schmerzen in den Beinen äußern.

Makaschew, G. W.: Ein Fall von Verletzung der Vena cava bei der Nephrektomie. S. 973—981.

Seltene Komplikation, die nur bei rechtsseitiger Nephrektomie beobachtet ist. Sie nur in Frage kommt bei anormaler Lagerung der V. cava. Zur Blutstillung ist die Methode mit dem kürzesten Zeitaufwand zu verwenden. Venennaht meist technisch nicht ausführbar, liefert aber die besten Resultate. Bei Unterbindung keine Gefahr für Störungen in den unteren Extremitäten.

Schroeder, H. C.-Danzig: Über Dystopien der Uretermündungen. S. 982—984.

Verf. beschreibt einen anatomisch erhobenen Befund bei einem an Lungen- und Nierentuberkulose verstorbenen Pat., bei dem ein Ureterenkatheterismus sich als unmöglich erwiesen hatte. Die Ureterostien saßen nicht an normaler Stelle, vielmehr

Digitized by Google

hoch im Fundus, abnorm weit voneinander entfernt; sie verliefen auch nicht, wie normal, schräg durch die Blasenwand, sondern fast senkrecht.

Sum-Schick, E.-Moskau: Zur Zystinuriefrage. Zystinstein im Harnleiter. S. 985—988.

Stellungnahme zur obigen Frage unter eingehender Beschreibung eines Falles.

Karo, W.-Berlin: Das Prostatikerbesteck nach Dr. Keller, nebst Bemerkungen zur Therapie der Prostatahypertrophie. S. 989—991.

Genaue Beschreibung des Bestecks. Anschließend empfiehlt Verf. mehr als bisher die Prostatahypertrophie konservativ zu behandeln; zu dieser konservativen Therapie rechnet er allerdings auch die Vasektomie, die er in jedem Falle anwendet. Die Radikaloperationen sind einzuschränken. E. Langer-Berlin.

Archives of Dermatology and Syphilology

1929, Bd. 20, Nr. 5

Weidmann, F. D., u. J. H. Besancon: Erythema Elevatum Diutinum (Erythema elevatum diutinum). S. 593.

Beim Erythema elevatum diutinum handelt es sich um gelblichrote bis dunkelrote Knoten, die aus roten Flecken bestehen, besonders an den Knien, Knöcheln und Ellenbogen lokalisiert sind, zeitweise einsinken, um wieder als pralle Knoten zu erscheinen, die sich dann von der Unterlage abheben lassen. In einem Fall gelang es Verf., in den Hautknoten Streptococcus ignavus nachzuweisen. Die histologischen Veränderungen der Haut entsprechen den Veränderungen, die rheumatische Affektionen im Herzen und an den Arterien hervorrufen. Verf. hält die Affektion für eine klinische Einheit, die offenbar mit inneren infektiösen Zuständen, besonders mit Rheumatismus, in engem Zusammenhang steht. Bei diesen Pat. war die geistige Verfassung durchaus nicht normal. Bei nichtspezifischer Eiweißtherapie trat zeitweilig Besserung auf; in einem Fall trat Erblindung ein: der Augenarzt diagnostizierte einen Verschluß der Gefäßversorgung. Wahrscheinlich ist auch solch ein Prozeß für die Hauterscheinungen verantwortlich zu machen.

Fox, H.: Dermatology in Brazil (Die Dermatologie in Brasilien). S. 621.

Die Universität Rio de Janeiro wird zur Zeit von 6000 Studenten, darunter 2500 Medizinern und Pharmakologiestudierenden besucht. Das medizinische Studium dauert 7 Jahre. Professor der Dermatologie ist der verdiente Dermatologe Rabello. Große klinische Neubauten sind hier wie in São Paulo beabsichtigt. Von den zwei dermatologischen Gesellschaften gibt die „Nationale society" die „Anales brasileiros de dermatologia e syphilographia" heraus. Syphilis und Lepra bilden das Hauptgebiet für die Dermatologen; Syphilis ist bei 14% der Bevölkerung vorhanden. In Rio gestattet die private Gaffrée-Guinale-Stiftung eine umfassende Behandlung aller Syphilitiker. Es gibt eine Station für viszerale Syphilis, für Nervensyphilis usw. In über die ganze Stadt verstreuten Instituten wurden in den letzten 8 Jahren 2 Millionen Salvarsaninjektionen mit deutschem Neosalvarsan gegeben, meist 0,6, mit nur 2 Todesfällen. Die Behandlung der späten Nervenlues mit Malaria ist gang und gäbe. Die Zahl der Leprakranken beträgt 24000; für diese ist in großzügiger Weise gesorgt. Kinder leprakranker Eltern werden diesen Eltern entzogen und bis zum 14. Lebensjahr beobachtet.

Michael, J. C., u. E. R. Scale: Dermatosis Papulosa Nigra (Dermatosis papulosa nigra). S. 629.

Diese Erkrankung findet sich fast ausschließlich bei Negern; oft treten die ersten Erscheinungen bereits im 7. Lebensjahr auf. Stark pigmentierte runde Papeln sind einzeln oder in Gruppen im Gesicht lokalisiert. Zur Zeit der Pubertät werden die Papeln größer und zahlreicher, erinnern an plane Warzen, verursachen kein Jucken, sind nie mit Schuppen bedeckt und zerfallen nie geschwürig. Bei Frauen ist die Erkrankung häufiger als bei Männern. Verf. hält die Dermatosis papulosa nigra für eine Naevusbildung von langsamer Entwicklung; histologisch ist keine Entzündung nachweisbar.

Scheer, M.: A Case of Dermatitis Venenata due to Ephedrine (Ein Fall von toxischer Dermatitis durch Ephedrin). S. 641.

Bericht über Dermatitis des Gesichts und der Hände nach Gebrauch eines Ephedrinöls.

Puestow, K. L.: Maduromycosis (Maduromykosis). S. 642.

Ein 19jähr. Mädchen leidet seit 6 Jahren an Maduromykosis des Gesichts und rechten Vorderarms. Klinisch waren schwarze Körner vorhanden. Als Erreger erwies

Digitized by Google

sich Aspergillus nidulans. Therapeutisch hatte Exzision bis weit ins Gesunde den besten Erfolg.

Usher, B.: Bactericidal Properties of Human Sweat (Bakterizide Eigenschaften des menschlichen Schweißes.) S. 665.

Nach den Untersuchungen des Verf s ist der menschliche Schweiß leicht bakterizid gegen Staphylococcus pyogenes. Braun hatte dasselbe für die Epidermis nachgewiesen. Verf. nimmt daher an, daß die bakterizide Eigenschaft des Schweißes auf die Hautschüppchen zurückzuführen ist, die von ihm ausgeschwemmt werden. Von einer eigentlichen Bakterizidät des Schweißes kann keine Rede sein.

Sulzberger, M. B.: Hypersensitiveness to Arsphenamine in Guinea-Pigs (Überempfindlichkeit gegen Salvarsan bei Meerschweinchen). S. 669.

Verf. sensibilisierte durch intradermale Verabfolgung die Haut von Meerschweinchen mit Neoarsphenamin. Bei nachfolgender intrakardialer Neoarsphenamininjektion entstand eine Dermatitis, die durchaus an eine Salvarsanschädigung beim Menschen erinnerte. Die Überempfindlichkeit kann beim Meerschweinchen verhindert werden, wenn man früh genug, d. h. innerhalb 24 Stunden nach der sensibilisierenden Spritze die intravenöse Arsphenaminmenge verabfolgt. Vielleicht ist hier ein Weg vorhanden, um beim Menschen prophylaktisch eine Salvarsandermatitis zu vermeiden und um auch allergische Hautkrankheiten wirksam zu bekämpfen.

Dennie, Ch. C., W. L. McBride, u. P. E. Davis: Toxic Reactions Produced by the Application of Trinitrophenol (Picric Acid) (Toxische Reaktionen nach Anwendung von Trinitrophenol [Pikrinsäure]). S. 698.

Trinitrophenol, das von Chirurgen zur Sterilisierung des Operationsfeldes verwendet wird, führt in 4% der Fälle zu üblen Vergiftungen. Verf. berichtet über einen Fall, der auf eine verbrannte Hautstelle eine Trinitrophenolsalbe erhielt. 24 Stunden später entwickelte sich eine Dermatitis, die ganz wie eine Salvarsandermatitis verlief. 6 Wochen nach Beginn der Dermatitis zeigte Pat. Vergiftungserscheinungen des Gehirns (schwerer Sprechen, schlecht reagierende Pupillen usw.), die erst in 3 Wochen abklangen. Bei den experimentellen Versuchen an Hunden gelang es Verf., nach subkutaner oder externer Applikation von Trinitrophenol, diese Substanz im Blut und im Urin, an Proteine gebunden, nachzuweisen.

Strickler, A., u. M. A. Saylor: Sugar Metabolism in Acne Vulgaris (Zuckerstoffwechsel bei der Acne vulgaris). S. 705.

Verf. machte Blutzuckerbestimmungen bei Fällen mit Acne vulgaris. 64 Kranke (= 75%) hatten normalen Blutzuckergehalt, 13 (= 15%) hatten eine Hypo- und ungefähr 10% eine Hyperglykämie. L. Mühlpfordt-Allenstein.

Mitteilungen aus der Literatur

Syphilis

Pathologie und Klinik

Kolović, B.-Krusevac (S.H.S.): Ein Fall frühzeitiger syphilitischer Pleuritis exsudativa. (Inn. Abt. d. Kreisspitals.) M. Kl., 1929, Nr. 42, S. 1626.

In einem Falle frischer Syphilis, in dem nach Angabe des Pat. von der Zeit des Primäraffektes an ständiges Fieber bestanden hatte, entwickelte sich gleichzeitig mit den Sekundärerscheinungen eine linksseitige Pleuritis. WR im Blut und im Pleuraexsudat positiv. Nach kombinierter Kur Schwinden der Syphiliserscheinungen und der positiven WR im Blut, während sie im Pleuraexsudat bestehen blieben. Es schwand sie erst nach intrapleuralen Neosalvarsaneinspritzungen, deren erste Temperatursteigerung und vermehrtes Stechen in der linken Brustseite bewirkte. Jetzt ging auch das Exsudat schneller zurück. Dieser Verlauf im Verein mit der Tatsache, daß Einspritzungen des Exsudates bei Meerschweinchen ein negatives Resultat ergaben, läßt es berechtigt erscheinen, die Pleuritis als frühzeitige Pleuritis exsudativa syphilitica aufzufassen. E. Levin-Berlin.

Herman, K.-Subotitza (S.H.S.): Über Gastritis luetica. W. kl. W., 1929, Nr. 38, S. 1225.

An Hand eines hier beschriebenen Falles gibt Verf. einige Ratschläge für die Diagnosenstellung der Gastritis luetica. Man denke an diese Erkrankung, wenn

Digitized by Google

anazider oder vorher gesunder Magen plötzlich blutet, wenn Magenschmerzen nach nicht besonders reichhaltigen oder schweren Mahlzeiten auftreten und zwischen Mahlzeit und Schmerzen eine längere Pause liegt oder wenn der Patient schwere Speisen besser verträgt als leichte. Verdächtig ist Abnahme und Appetitlosigkeit ohne sichtbare Ursache, ferner hartnäckige Anazidität, eventuell mit Ulkussymptomen. Gutes Aussehen eines Patienten bei schwerem Magenbefund und umgekehrt schlechtes bei gutem Befund. Röntgenologische, in kein bestimmtes Bild passende Veränderungen. Sehr wichtig ist natürlich positiver Wassermann des Mageninhaltes.

H. Colman-Berlin.

Einhorn, M.-New York: Syphilom des Magens, Heilung durch antisyphilitische Kur. D. m. W., 1929, Nr. 45. S. 1887.

Die Diagnose wurde erst durch die positive WR gestellt, da die Erscheinungen, wie Fehlen der freien Salzsäure, tastbarer Tumor, Defekt im Röntgenbild, Gewichtsverlust, Kräfteverfall und dyspeptische Symptome, auf eine bösartige Erkrankung hinwiesen. Die Rückbildung des Tumors auf die antisyphilitischen Maßnahmen und die Veränderung der WR bestätigten die syphilitische Natur der Erkrankung.

F. Harry-Wiesbaden.

Pollak, F.-Prag: Lues und Trauma. (Akute Erkrankungen des Zentralnervensystems bei latenter Lues, ausgelöst durch ein Trauma; zugleich ein Beitrag zur Unfallsbegutachtung dieser Zustände. (Dtsch. Psychiatr. Univ.-Kl.) M. Kl., 1929, Nr. 42, S. 1615.

In mehreren Fällen konnten im Anschluß an verhältnismäßig geringe Traumen schwere Hirnerscheinungen beobachtet werden. Die Anamnese ergab eine Syphilis, von der den Patienten meist selbst vorher nichts bekannt geworden und die nicht behandelt worden war. Es muß die Syphilis als ein durch die Gefäßveränderungen im Anschluß an die geringen Traumen zu Blutungen und Meningitiden disponierendes Moment betrachtet werden, und zwar können die schweren Erscheinungen noch nach einem Zeitraume von 4 Wochen nach dem Trauma auftreten. Ein Teil der Fälle kann auch so erklärt werden, daß Spirochäten sich an der Stelle der Verletzung als locus minoris resistentiae ansiedeln oder bereits vorher daselbst latent vorhanden gewesene Spirochätennester durch das Trauma mobilisiert werden. In den meisten dieser akut traumatischen Erkrankungen des Zentralnervensystems wurde durch spezifische Behandlung völlige Wiederherstellung erzielt. E. Levin-Berlin.

Popow, N. A.-Leningrad: Über atrophische syphilitische Spinalparalyse. (Nervenabt. d. Metschnikoffschen Krankenh. u. a. d. Bechterschen Inst. f. Hirnforschg.) Z. Zschr. f. Nervenhlk., Bd. 110, H. 1/3, S. 117.

Es werden zwei Fälle von Nervenlähmung beschrieben bei einem 57jähr. Mann und einer 57jähr. Frau, die beide auffallend ähnlich verlaufen. Sie beginnen mit Parästhesien und Schwäche in den Beinen, schließlich schlaffer Lähmung des einen und des anderen Beines mit Abschwächung bzw. Fehlen der Reflexe an allen Extremitäten ohne Ataxieerscheinungen oder Pupillenstörung. In dem einen Fall war die WR ebenso Nonne-Apelt und Pandy im Liquor ++++. Im anderen Fall ergab die Sektion neben Mesaortitis syph. im Rückenmark einen degenerativen Prozeß mit Atrophie in den Ganglienzellen der Vorderhörner und Entartung der Pyramidenbahn. Es handelt sich in beiden Fällen um chronische amyotrophische Spinalsyphilis, die äußerst selten zu beobachten ist. Bei spezifischer Behandlung zeigte der eine Patient subjektive Besserung und stationären Verlauf der Erkrankung.

F. Rosenthal-Berlin.

Frankl, S.-Budapest: Makulo-papulöses Exanthem bei einem Tabiker. Kl. W., 1929, Nr. 46, S. 2148.

Bei einem Tabiker, der vor der Untersuchung durch Frankl auswärts eine Bismosalvaninjektion (Wismut-Jod-Chininpräparat) erhalten hatte, wird „ein blaßorafarbener, linsen- bis handtellergroßer, ein wenig erhabener, stellenweise sich abschuppender, nicht juckender Ausschlag" festgestellt, den F. für spezifisch hält. Indessen dürfte ein medikamentös bedingtes Exanthem trotz der mit den einzelnen Komponenten des Bismosalvans (wann?) vorgenommenen und negativ verlaufenen Kutanproben keineswegs auszuschließen sein. Frei-Berlin.

Weiss, F.-Prag: Partielle Anodontie bei einem kongenital-luetischen Kinde. (I. Dtsch. Univ.-Kinderkl.) Mschr. f. Kinderhlk., Bd. 43, H. 5, S. 507.

Bei einem 3jähr. kongenital-luetischen Kinde fehlten die vier oberen Schneide-

Digitized by Google

zähne. Daneben bestand eine Mikrodontie. Das Röntgenbild ergab eine echte Zahnkeimaplasie, während die bleibenden Zähne normal angelegt waren.

R. Ley-Kreuznach.

Pendergrass, E. P., u. R. S. Bromer: Congenital Bone Syphilis (Kongenitale Knochensyphilis). J. Am. Röntgenol., Bd. 22, Nr. 1, S. 1.

Für die klinische Diagnose der kongenitalen Knochensyphilis ist das Röntgenbild von entscheidender Bedeutung. Die Arbeit, in der eine umfassende Darstellung der gesamten röntgenologischen Merkmale der Knochensyphilis gegeben wird, baut sich auf den anatomischen Veränderungen am Knochen auf, die einleitend in enger Anlehnung an die Wegnersche Veröffentlichung beschrieben werden. Einen breiten Raum nehmen die Besprechungen der Differentialdiagnose gegen Rachitis und Moeller-Barlow ein. Zahlreiche typische Röntgenbilder der charakteristischsten Manifestationen der Krankheit als Osteochondritis, Diaphysitis und Periostitis illustrieren die Arbeit, die mit ihrem ausführlichen, die Weltliteratur berücksichtigenden Literaturverzeichnis eine vortreffliche Übersicht über dieses Kapitel der Knochendiagnostik gibt.

Holthusen-Hamburg.

Epstein, B., u. E. Podvinec-Prag: Destruierende Veränderungen im Knochenschaft bei kongenital-syphilitischen Säuglingen. (II. Dtsch. Univ.-Kinderkl.) Mschr. f. Kinderhlk., Bd. 43, H. 5, S. 397.

Verff. beobachteten in den letzten Jahren eine Zunahme von kongenital-luischen Knochenerkrankungen, die sich vorwiegend im Schaft in 2 Formen absetzen. Die zentrale Form: Helle, bald runde, unscharf begrenzte, bald unregelmäßige Flecken durchsetzen die dunklere, normale Spongiosazeichnung mehr oder weniger stark. Mitunter sieht der Schaft wurmstichig aus. Bei der zweiten, der marginalen Form, erscheint der Knochen wie angenagt, oft weit bis in die Diaphyse eingeschmolzen. Sekundäre Periostwucherungen führen hier zu Protuberantien und Schalenbildung. Diese Knochenveränderungen findet man vorwiegend bei viszeraler Lues, die gegenüber der parietalen in der letzten Zeit deutlich in den Vordergrund tritt.

R. Ley-Kreuznach.

Ätiologie, Experimentelle Forschung

Georgi, F., C. Prausnitz u. O. Fischer: Über biologische Varianten der Spirochaeta pallida und die experimentelle Erzeugung von Gehirnspirochäten. Kl. W. 1929, Nr. 43, S. 2207.

Die Autoren haben versucht, zwei verschiedene Pallidakulturstämme (Noguchi und Kroó), die bisher in Nährböden mit Niere- bzw. Leberzusatz gezüchtet worden waren, an Gehirnnährböden zu gewöhnen. Beim Noguchi-Stamm gelang das trotz anfänglichen Schwierigkeiten, beim Kroó-Stamm nicht. Schon morphologisch wiesen die Gehirnspirochäten gewisse Unterschiede gegenüber den Nierenspirochäten des gleichen Ausgangsstammes (Noguchi) auf; vor allem zeigten sie sich aber serologisch als eine Modifikation der ursprünglichen Keime. Das konnte sowohl mit Hilfe der Komplementbindung wie der Agglutination, wie der Wachstumshemmung in der Kultur festgestellt werden. Da analoge Befunde bei Züchtung auf anderen Organen nicht erhoben wurden, so spricht dieses Ergebnis für eine Sonderstellung des Zentralnervensystems. Zugleich spricht es auch für die Auffassung von Georgi und Fischer, daß die sogenannte metasyphilitische Erkrankung vorwiegend bedingt wird durch eine im Zentralnervensystem sich entwickelnde Neurologie der Pallida. Ferner spricht der Unterschied im Verhalten der Noguchi- und Kroó-Spirochäten dafür, daß die ursprünglich als antigen einheitlich aufzufassende Spirochäte in den einzelnen Menschen tiefgreifende biologische Abwandlungen erfahren kann, wie man sie schon seit langem zur Erklärung der verschiedenartigen Syphilisrezidive herangezogen hat.

Frei-Berlin.

Mühlpfordt, H.-Allenstein: Spirochätenlipoproteid und Salvarsan. Kl. W. 1929, Nr. 42, S. 1958.

M. hält die Anschauung von Bergel, daß die Spirochaeta pallida einen Lipoidmantel besitzt, der durch Salvarsan abgeschmolzen wird, für unzutreffend. Sie besteht vielmehr außer aus zahlreichen Eiweißbausteinen in der Hauptsache aus Lipoproteiden. Die Heilwirkung des Salvarsans ist in seiner Reduktionskraft zu suchen, die den Pallidae den Lebenssauerstoff nimmt und sie dadurch zum Ersticken bringt.

Frei-Berlin.

Digitized by Google

Planner, H.: Über die Organluetinreaktion und ihr Anwendungsgebiet. W. kl. W., 1929, Nr. 36, S. 1153.

Im Wiener Serotherapeutischen Institut ist es gelungen, aus Orchitiden luetisch infizierter Kaninchen einen Impfstoff in größerer Menge herzustellen, der ein durchaus spezifisches Organluetin darstellt. Von diesem werden 0,2 ccm in die Volarseite des Unterarms injiziert, und zwar derart, daß eine intrakutane Quaddel mit steil ansteigenden Rändern entsteht. Die Reaktion ist nur dann als positiv zu bezeichnen, wenn nach 24 Stunden eine scharf begrenzte, flach erhabene, etwa 3mal 5 cm große urtikariaähnliche Plaque entstanden ist. Die spezifischen Reaktionen haben nach 48 Stunden meist ihren Höhepunkt erreicht, während unspezifische ausnahmslos nach dieser Zeit abgeklungen sind. Wenn eine Reaktion anders verläuft als beschrieben, ist sie als unspezifisch anzusehen. Verf. fand die Luetinreaktion unter 106 Fällen tertiärer Lues 77mal positiv; negativer Ausfall spricht also nicht mit Sicherheit gegen das Bestehen einer Lues. Gegenüber der WR ergaben sich nach beiden Seiten hin in 30% Divergenzen, so daß die LR. eine wertvolle Ergänzung der WR darstellt (6 Krankengeschichten). H. Colman-Berlin.

Mamisoff u. Machlin-Leningrad: Die Bedeutung der Konstitution für die Pathologie der syphilitischen Hauterscheinungen, wie für die Reaktion des Organismus auf die spezifische Behandlung. Wratschebnaja Gaseta, 1929, Nr. 16.

Verff. untersuchten 500 Syphilitiker, darunter etwas mehr Männer als Frauen, im Alter von 20—55 Jahren, nach der Methode von Tschernorutzkij, in bezug auf die Konstitution. Es gab unter denselben 318 Normostheniker, 120 Hypersthenniker und 36 Asthenniker. Primäraffekte mit stark ausgebildetem Infiltrat fanden sich bedeutend öfter bei Hypersthenikern als bei Normosthenikern und besonders bei Asthenikern. Bei letzteren sind dagegen die sekundären Hauterscheinungen viel öfter als bei den anderen konstitutionellen Typen zu sehen und ebenso auch die Reaktionen seitens des Lymphgefäßsystems. Die klinischen Erscheinungen schwinden ebenfalls bei Normosthenikern am schnellsten, nächstdem bei Hypersthenikern unter der spezifischen Behandlung, während dieselben bei Asthenikern langsam schwinden; letztere leiden auch am ehesten unter den Nebenwirkungen der spez. Behandlung. A. Jordan-Moskau.

Warthin, A. S.: Lesions of Latent Syphilis (Läsionen der latenten Syphilis). Brit. m. J., 1929, Nr. 3579, S. 236.

Zum Nachweis von Spirochäten im Gewebe hat W. seine mit Starry zusammen ausgearbeitete Silberagarmethode resp. die Silberstärkereaktion als zuverlässiger und viel schneller wirkend als die Levaditische Färbung erprobt. Seine seit 1906 fortgesetzten Untersuchungen beziehen sich auf die weichen Hirnhäute, Gehirn und Rückenmark, Herz, Aorta und deren Gefäße, Leber, Pankreas, Geschlechtsdrüsen, Uterus, Lunge und Lymphdrüsen. Bei seinem reichlichen Material konstatiert er, daß er keinen Fall von völlig ausgeheilter Syphilis jemals angetroffen hat. Leberläsionen scheinen nach der Salvarsanbehandlung häufiger als nach Behandlung mit Quecksilber. Das Vorhandensein von Spirochäten im Gewebe führt zu einem Prozeß, der als minimaler Schanker angesprochen werden kann mit Anhäufungen von Plasmazellen und Lymphozyten bei meistens perivaskulärer Lokalisation. Als Endresultat sieht man Fibrosis und Atrophie des Parenchyms. Klinische Erscheinungen können fehlen, wenn diese Vorgänge keinen hohen Grad erreicht haben. Herz und Gefäße sind am häufigsten Sitz solcher latent syphilitischen Vorgänge. A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Thomsen, O.-Kopenhagen: Immunitätsverhältnisse bei Syphilis. Hosp. tid., 1929, Nr. 22, S. 586.

Das Freibleiben mancher Völkerstämme von Syphilis ist wohl nur äußeren Umständen, nicht einer angeborenen Unempfänglichkeit zuzuschreiben. Einzelne Individuen scheinen allerdings resistenter zu sein gegen die Infektion als im allgemeinen die anderen Menschen. Die 4 Blutarten zeigen hierin keine kenntliche Verschiedenheit, wenn auch der nachherige Verlauf der Krankheit einige Unterschiede aufweist. Betreffs der Möglichkeit der Superinfektion kommt Th. zu dem Schlusse, daß im Zeitraum nach der Inokulation resp. der „spontanen" Infektion bis zum Auftreten des Schankers die Superinfektion regelmäßig positiv ausfällt. Beim Menschen dauert diese Empfänglichkeit nur bis zum Auftreten der sogenannten Sekundärläsionen. Über künstlich erzeugte Superinfektion auch in diesem Stadium liegen aber beachtenswerte Mitteilungen vor. Die Möglichkeit der Reinfektion ist

Digitized by Google

nach den zahlreichen vorliegenden Berichten nicht mehr anzuzweifeln. Die zeitweilige, besonders im Sekundärstadium ausgesprochene Immunität der Haut des infizierten Individuums ist als eine Anergie und zugleich als eine gewisse Umstimmung der Gewebe, eine Allergie, zu deuten. Aus den in größerer Anzahl angeführten Beobachtungen bei Tieren mit symptomlos verlaufender experimentell erzeugter Syphilis ist zu entnehmen, daß auch beim Menschen die Möglichkeit einer symptomlos verlaufenden Infektion besteht. Die bisherigen Versuche, durch Impfungen eine prophylaktische oder kurative Wirkung hervorzubringen, haben keinerlei Erfolg gehabt, wenn auch der Nachweis von spirochätreichen Antistoffen im Syphilisserum von einigen Autoren als geglückt erachtet wird. A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Breinl, F.-Prag: Immunität bei experimenteller Syphilis. (Hyg. Inst. d. Deutschen Univ.) M. Kl., 1929. Nr. 46, S. 1780.

Der Syphilis (und einigen anderen chronischen Infektionskrankheiten) wurde bisher gegenüber akuten Infektionskrankheiten insofern eine Sonderstellung in immunologischer Hinsicht zugesprochen, als eine vollkommen sterilisierende Immunisierung bei ihr als ausgeschlossen galt. Diese Anschauung ist durch neuere experimentelle Forschungen erschüttert, und zwar kann nach Ablauf der Erstinfektion nicht nur eine vollkommene Anergie der Haut, sondern ein weiteres Fortschreiten des Immunisierungsprozesses bis zur sterilisierenden Immunität eintreten. Neu zugeführte Erreger sterben dann am Orte der Impfung ab. Für das Entstehen der Anergie ist eine kräftige zelluläre Reaktion erforderlich, damit stimmt überein, daß Reinfektionen beim Menschen um so häufiger eintreten, je früher die Behandlung der ersten Infektion eingesetzt hat, je weniger also die Immunität Zeit hatte sich zu entwickeln. E. Levin-Berlin.

Prigge, R.-Frankfurt a. M., u. E. v. Rutkowski-Kiel: Syphilisimmunität und symptomlose syphilitische Superinfektion beim Menschen. (Staatl. Inst. f. exper. Ther. Frankfurt a. M.) D. m. W., 1929, Nr. 36, S. 1508.

Einer unbehandelten Paralytikerin wurde eine linksseitige Leistendrüse exstirpiert und am gleichen Tage am skarifizierten rechten Oberschenkel Schankermaterial eingerieben. Die Verimpfung der Leistendrüse auf Kaninchen hatte negatives Resultat. 93 Tage nach der Nachprüfung wurde eine inguinale Drüse auf der der Superinfektionsstelle entsprechenden Seite exstirpiert, das Material 4 Mäusen unter die Rückenhaut gespritzt. Nach Ablauf eines Jahres wurde das Gehirn und die Subiliakal- und Axillarlymphdrüsen von jeder Maus auf je 1 Kaninchen übertragen. Bei 3 von 4 Kaninchen entwickelten sich typische Sklerosen, in denen deutlich Spirochäten vorhanden waren. Das Ergebnis beweist das Vorkommen der symptomlosen Superinfektion beim Menschen. F. Harry-Wiesbaden.

Prigge, R.-Frankfurt a. M.: Immunbiologische Ergebnisse der experimentellen Syphilisforschung. (Staatl. Inst. f. exper. Ther.) Ther. d. Gegenw., Jahrg. 70, H. 9, S. 385.

Pr. berichtet in dem 1. Teil der Arbeit über natürliche und erworbene Syphilisimmunität. Während früher die Anschauung bestand, es gäbe im Tierversuch sogenannte Nuller (bei 10 von 100 geimpften Kaninchen traten keine typischen Erscheinungen von Syphilis auf), hat man heute eingesehen, daß es symptomlose Syphilisinfektion gibt, denn Verimpfung von Drüsen solcher Nuller erzeugte bei gesunden Tieren Syphilisinfektion. Ähnlich dürfte es beim Menschen eine symptomlose Infektion geben. Neuerdings hat sich gezeigt, daß auch die weiße Maus und Ratte sich infizieren lassen. Daß bei Syphilis von echter Immunität nicht die Rede sein kann, geht daraus hervor, daß im infizierten Tier sich lebenslänglich infektionstüchtige Spirochäten halten. Superinfektion läßt sich bis zum 90. Tag des Infekts in einem Prozentsatz erzielen, der um so geringer wird, je größer die Differenz zwischen 1. und 2. Impfung wird. Nach dem 90. Tag besitzt das Kaninchen eine lebenslängliche Spirochätenimmunität. Beim Tier besteht also in solchen Fällen Erstinfektion und Immunität, jedoch nur eine Monoimmunität, andere Spirochätenstämme gehen z. T. auch dann noch an. Beim Menschen kann die Seltenheit der Neuinfektion nur durch Panimmunität erklärt werden. Unter Schankerimmunität verstehen wir auch beim Menschen einen Zustand, der gegen die Entstehung neuer Schanker schützt. Ob es in Wirklichkeit doch zu neuem Eindringen von Spirochäten in den Körper kommt, steht noch zu erörtern. O. Haack-Hamburg.

Prigge, R.-Frankfurt a. M.: Immunbiologische Ergebnisse der experimentellen Syphilisforschung. (Staatl. Inst. f. exper. Ther.) Ther. d. Gegenw., Jahrg. 70, H. 10, S. 447.

Bei künstlicher Durchbrechung der Schankerimmunität vor Ablauf der ins-

Digitized by Google

halb von 90 Tagen nach experimenteller Infektion erworbenen Immunität geht auch der Immunisierungsprozeß nicht weiter, bei erneuter Impfung geht ein Schanker wieder an. Neuangehen eines Schankers spricht umgekehrt für sicher stattgehabte Sterilisation. Kolle konnte im Tierversuch nachweisen, daß bei frühzeitiger Behandlung mit großen Salvarsandosen häufig Sterilisation erfolgt. Daß es eine symptomlose Superinfektion gibt, muß nach den Arbeiten von Kolle und Prigge als sicher gelten. Die sogenannte Schankerimmunisierung von Kolle ist nur eine Scheinimmunisierung, die zu völliger Vernichtung der Krankheitserreger nicht ausreicht. Daher kann von „echter Immunisierung" bei Syphilis nicht die Rede sein. Analog muß beim Menschen mit der Tatsache gerechnet werden, daß sicher sterilisierte Luiker eine zweite latente Erkrankung durchmachen, die vielleicht später zu Tabes usw. führen kann. Im ganzen besteht keine Veranlassung, die bisher geübte Frühbehandlung aufzugeben. O. Haack-Hamburg.

Haku, H.-Okayama: Über Isolierung des Bakterienpräzipitins und des anaphylaktischen Antikörpers, sowie über Identität der Immunkörper. (Hyg. Inst. d. Med. Univ. Okayama.) Arbeit. a. d. Med. Univ. zu Okayama, Bd. 1, H. 2. S. 246.

Während bisher nur Reindarstellung von Bakterienagglutininen, Hämolysinen, Hämoagglutininen, Bakteriolysinen, des Forssmann-Antikörpers und des Serumpräzipitins gelang, hat Haku das Bakterienpräzipitin und den anaphylaktischen Antikörper isolieren können. Als Ergebnis seiner Versuche stellte er fest, daß aus dem gebundenen Präzipitat, welches sich in der Mischung von Antigen und Präzipitin bildet, das Präzipitin durch geeignete Methoden wieder frei gemacht werden kann. Den Antigengehalt in dem isolierten Präzipitin konnte er vermindern. Praktisch erprobte er die für Bindungs- und Trennungszwecke geeignete Antigenmenge. Das Präzipitin stimmt mit dem anaphylaktischen Antikörper überein, denn bei Reinjektion einer isolierten Präzipitinlösung stirbt das Versuchstier im anaphylaktischen Chok. Alle Antikörper sind nach ihm identisch, erklärt aus dem Umstand, daß sich alle Antikörper gleichzeitig und in gleichmäßiger Proportion miteinander verbinden und sogar aus dem Präzipitat wieder trennen. Beim passiven Anaphylaxieversuch besteht ein auffälliger Parallelismus zwischen dem Präzipitintiter und Sensibilisierungsstärke der Überempfindlichkeit. So geht der Grad der Anaphylaxie mit dem Präzipitintiter des Meerschweinchens parallel, das Präzipitin verschwindet nach dem Choktod völlig aus dem Serum. O. Haack-Hamburg.

Tani, Kakishita, Sanada u. Inoue-Kanazawa (Japan): Beiträge zur experimentellen Kaninchensyphilis. (Bakter. Inst. d. med. Fak.) Zbl. f. Bakt., Bd. 113, H. 7/8, S. 481.

Die Übertragung syphilitischen Materials von 9 unbehandelten Menschen auf Kaninchen war in 7 Fällen erfolgreich. Das Schlagen des Hodens begünstigt weder die Entwicklung der syphilitischen Orchitis noch den weiteren Verlauf der Syphilis. Bei jungen Kaninchen ist die Inkubation der lokalen Symptome länger, die Dauer der lokalen Krankheit kürzer als bei ausgewachsenen. Metastasen erscheinen später und verschwinden früher, die Symptome sind viel leichter. Je größer die Impfdosis, desto stärker ist die Inkubation der lokalen Symptome. In 9 von 15 Fällen war die Übertragung der Leisten- und Popliteadrüsen 100—300 Tage nach der Infektion positiv. Die Verimpfung der Lymphdrüsen von 8 Kaninchen, die 92—150 Tage nach der Infektion mit Neosalvarsan behandelt wurden, war negativ, ebenso die Übertragung der Lymphdrüsen von Kaninchen mit symptomloser Infektion. Die Verimpfung der Hoden gab die besten Resultate, danach kamen Milz und Lymphdrüsen. In einem von 4 Fällen symptomloser Infektion gelang es, die Krankheit durch Blut, Milz und Lymphdrüsen zu übertragen. Die Übertragungsversuche nach Filtration der Spirochäten fielen sämtlich negativ aus. F. Harry-Wiesbaden.

Worms, W.-Berlin-Dahlem: Zur Verimpfungsmethodik bei experimenteller Kaninchensyphilis. (Bakt. Abt. — serol. Labor. — d. Reichsgesundheitsamtes.) Zbl. f. Bakt., Bd. 114, H. 4/6, S. 355.

Zur Gewinnung von Impfmaterial empfiehlt Verf. folgendes Verfahren: Zu dem im Mörser befindlichen Gewebsbrei legt man ein steriles, mit NaCl-Lösung getränktes Wattebäuschchen und tränkt dieses durch Ausdrücken mit dem Pistill und nachfolgendes Vermengen mit dem Gewebsbrei. Aus der Watte läßt sich dann die gebrauchsfertige Spirochätenaufschwemmung durch Aufziehen in die Spritze leicht gewinnen. Zur subskrotalen Verimpfung von Drüsen benutzt Verf. ein 8 qcm großes Lederstück, durch dessen schlitzförmige Öffnungen die zuvor durch einen Péan fixierten Hoden durchgezogen werden. F. Harry-Wiesbaden.

Digitized by Google

Mulzer, P., u. C. F. Hahn-Hamburg: Tierexperimentelle Beiträge zum Problem der kongenitalen Lues. (Univ.-Kl. f. Haut- u. Geschlechtskrkh.) M. m. W., 1929. Nr. 45. S. 1867.

Da nach den bisherigen Erfahrungen Kaninchen zur Lösung des Problems der erblichen Übertragung der Syphilis ungeeignet erschienen, versuchten Verff. angeregt durch die Mitteilungen von Kolle und Schlossberger, durch Untersuchungen an Mäusen der Lösung dieser Frage näherzukommen. Ihre Untersuchungen zeitigten zwei wichtige Ergebnisse: es gelang nachzuweisen, daß ein von syphilitischer Mutter und syphilitischem Vater stammendes Mäusejunges syphilitisch war; außerdem konnten sie einwandfrei den Nachweis erbringen, daß ein gesundes Mäuseweibchen durch einen latent-syphilitischen Bock infiziert wurde.

Sprafke-Chemnitz.

Kritschewski, I. L., u. F. A. Friede-Moskau: Experimentelle Syphilis des Zentralnervensystems. Über die Prophylaxis der Syphilis des Zentralnervensystems der Mäuse durch das Stovarsolan. Kl. W., 1929. Nr. 36, S. 1667.

Während sich bei syphilisinfizierten unbehandelten Mäusen in 66% der Tiere Spirochäten im Gehirn mittels Kaninchenpassagen feststellen ließen, erwies sich das Gehirn von Mäusen, die nach der Impfung Stovarsolan (= Stovarsol-Spirozid per os bekommen hatten, ausnahmslos als steril. Dieser Effekt wurde mit Dosen erreicht, die den 10. Teil der Dosis maxima tolerata ausmachten. Frei-Berlin.

Serologie

Kolmer, I. A.-Philadelphia: Serum Diagnosis of Syphilis (Die Serumdiagnostik der Syphilis). J. Am. m. Ass., Bd. 93, Nr. 19, S. 1429.

Kolmer faßt seine zehn „Wahrheiten" über die Serumdiagnostik der Syphilis folgendermaßen zusammen: 1. Die WR und Serumdiagnostik der Syphilis haben schon 25 Jahre dem Wechsel der Anschauungen standgehalten; sie müssen daher einen wirklichen inneren Wert besitzen und stellen heute eines unserer wertvollsten Hilfsmittel dar. 2. Während die Wassermann-, Kahn- und andere Reaktionen bei Syphilis biologisch nichtspezifisch sind, besitzen sie unter geeigneten technischen Bedingungen einen sehr hohen Grad praktischer Spezifität. 3. Die Wassermann-, Kahn- und alle anderen Serumreaktionen sind zahlreichen technischen Irrtümern unterworfen; diese sind fast ausschließlich schuld an falschen positiven Reaktionen. 4. Die Serumreaktionen sind unerläßlich für die Diagnose. Positive Reaktionen sind manchmal die einzigen sicheren Zeichen einer syphilitischen Infektion und nicht selten das einzige Mittel, eine Syphilis in ihren chronischen und latenten Stadien zu erkennen. 5. Der Serumdiagnostik der Syphilis wird durch Anwendung von zwei und mehr Verfahren, sowohl der Komplementfixation wie der Präzipitinreaktion, von erwiesener Brauchbarkeit, am besten gedient. 6. Die verschiedenen Serumreaktionen für Syphilis sind nicht zu empfindlich, sondern eher nicht empfindlich genug. 7. Die Serumreaktionen für Syphilis verdienen weiteste regelmäßige Anwendung in Medizin, Chirurgie und ihren Spezialfächern. 8. Gute Serumreaktionen sind wertvolle Stützen für die Leitung der Behandlung der Syphilis und Kriterien für die Heilung, besonders quantitative Reaktionen. 9. Positive Reaktionen sind häufig und gewöhnlich die ersten Zeichen einer rezidivierenden Syphilis nach ungenügender oder fehlender Behandlung. 10. Die Untersuchungen der Spinalflüssigkeit sind heute als wichtiger und unentbehrlicher Teil der ständigen Diagnose und Behandlung der meisten Fälle von Syphilis anerkannt. F. Juliusberg-Braunschweig.

Tagesgeschichtliche Nachrichten

Ernannt: Priv.-Doz. Dr. Adolf Herrmannsdorfer-Berlin (Chirurgie) zum a. o. Professor.

Gestorben: Dr. Louis Fournier, leitender Arzt am Hôpital Cochin in Paris.

Nachdruck (auch des Abschnittes „Tagesg. Nachr.") ist ohne Genehmigung des Verlages nicht erlaubt

Verantwortlich für die Redaktion: für Originalabhandlungen und T. N.: Prof. Dr. J. H. Ritter Leipzig. Für den Referatenteil: Dr. Fritz Callomon, Dessau

Digitized by Google

Dermatologische Wochenschrift

r. 19 (Bd. 90) 10. Mai 1930

Aus dem Pilzlaboratorium von Dr. T. Benedek in Leipzig

chizosaccharomykid mit pityriasiformen und pompho-ziformen Effloreszenzen (Pityriasis rosea Gibert und Pompholyx Hutchinson)

Von

Dr. T. Benedek

Mit 2 Abbildungen im Text

Im Verlaufe meiner Untersuchungen über die Schizosaccharomykosen ren es stets seltene klinische Formen oder Kombinationen dieser ologischen Einheit, die die größte Förderung zur Klarstellung von nisch-morphologisch vorausgeahnten, aber ätiologisch völlig unerklär-hen und ungeklärten Beziehungen bewirkten.

So gehören die Palmar- und Plantaraffektionen bei der klas-chen Pityriasis rosea bekanntlich zu den größten Seltenheiten. Vor ht langer Zeit hat Kiess aus der Rilleschen Klinik die gesamte ein-lägige, bisher veröffentlichte Kasuistik zusammengestellt, unter Hinzu-ung eines von ihm selbst beobachteten, sehr bemerkenswerten Falles. Zusammenhang mit der klassischen Pityriasis rosea sind pompho-ziforme Effloreszenzen der Palmae und der Plantae nur höchst ten zur Beobachtung gelangt. Hierher gehören Beobachtungen von cott Fox (1 Fall), Graham Little (1 Fall), Weiss, Lane und Showman Fälle an Vola, 1 Fall an Planta) und von Kiess (1 Fall).

Für die Zusammengehörigkeit der typischen „pityriasiformen" Ef-reszenzen des Stammes mit den „dyshidrosiformen", „pompholyziformen" loreszenzen der Palmae und Plantae haben alle Autoren bisher dieselben inde ins Feld geführt: gleichzeitiges Auftreten, gleichzeitiges Ver-winden der pityriasiformen Effloreszenzen des Stammes und der übrigen l. befallenen Körperstellen mit den pompholyziformen Effloreszenzen Palmae und Plantae. „Mit derselben Bestimmtheit" — sagt Kiess — üssen aber auch die auf den Hand- und Fußrücken und Hand- und Bflächen vorhandenen Hautblüten als Erscheinungen der Pityriasis rosea gesehen werden, wofür neben dem zeitlichen Auftreten und übereinn-mmenden Beschwerden in erster Linie aber der völlig laufende Über-g von den Flecken zu den Blasen mit zunehmender Entfernung vom mme spricht."

Nicht unwesentlich muß ich hier gleich ein Moment hervorheben, bisher nicht mit der gebührenden Schärfe hervorgehoben worden ist.

Digitized by Google

Das ist namentlich die Frage nach der zeitlichen Folge der pityri... formen bzw. der pompholyziformen Effloreszenzen. Treten etwa die typisch... pityriasiformen Effloreszenzen zuerst auf und folgen dann erst die pomph... lyziformen an Palmae und Plantae oder umgekehrt; oder treten beid... Effloreszenzen gleichzeitig auf? Soweit es aus den Mitteilungen d... einzelnen Autoren entnommen werden kann, kommen wohl alle K... nationen vor. So traten die pompholyziformen Effloreszenzen im F... von KIESS auf den Handtellern und Fußsohlen erst 3—4 Tage nach d... Ausbruch des pityriasiformen Exanthems am Stamme auf. WEISS, L... und SHOWMAN beobachteten ebenfalls in einem Falle das 3—4 Tage spät... Auftreten der pompholyziformen Effloreszenzen an Palmae und Planta... nachdem der ganze Körper mit pityriasiformen Effloreszenzen be... übersät war; während in einem anderen Falle die Affektion mit bläsch... förmigen Effloreszenzen an den Zehen begann, worauf erst wei... pompholyziforme Effloreszenzen an Plantae und Palmae folgten, ehe d... typische pityriasiforme Exanthem am Stamm und an den Extremitä... auftrat.

Der Fall, den ich im folgenden mitteilen möchte, verdient nicht ... wegen der Besonderheiten mancher klinischer Züge ein erhöhtes Intere... sondern vornehmlich um des Umstandes willen, weil dabei auf Gr... eingehender mykologischer Untersuchung sowohl von den pityriasifor... als auch von den pompholyziformen Effloreszenzen der Beweis ü... die ätiologische Identität beider Effloreszenztypen an ein u... demselben Individuum mit aller Schärfe geführt werden kon... So bildet dieser Fall zugleich ein höchst wertvolles Bindeglied zwis... zwei klinisch-morphologisch bisher getrennt geführten Syndromen, näm... Pityriasis rosea GIBERT einesteils, Pompholyx HUTCHINSON anderen...

In meinem Falle handelt es sich um einen 34jährigen mageren, mäßig ern... Mann. Aus seiner allgemeinen Vorgeschichte ist zu erwähnen, daß er im März ... eine Grippe, im September desselben Jahres ein Duodenalulkus mit Perforation ge... hatte. In den folgenden Wochen genas er von diesem Leiden und er fühlte sich w... wohlauf. Er hat früher keinerlei Hautleiden gehabt, und litt nie an Schweißhä... oder -füßen.

Anamnese: Mitte Dezember 1928 traten plötzlich an beiden Fußsohlen s... nadelkopf- hirsekorn-, bis erbsengroße, tief in die Haut eingelassene, subk... liegende Bläschen auf. 48 Stunden später setzte ganz unerwartet im vollen Wohlbef... ein Schüttelfrost ein, die Temperatur stieg auf 39,5° C und im Verlaufe der nä... 24 Stunden — also etwa volle 3 Tage nach der eruptiven Aussaat der subkorn... Bläschen auf beiden Plantae — breitete sich ein dichtgedrängtes, rosarotes Exa... buchstäblich am ganzen Körper aus. In den nächsten 6 Tagen ging das Fieber k... auf die Norm zurück und das Exanthem blieb unverändert: pityriasiform am K... pompolyziform an den Plantae und Palmae. Im Zusammenhange mit dem h... Fieber ist es wesentlich, darauf hinzuweisen, daß weder vor dem plötzlichen Ein... des hohen Fiebers, noch nach dessen Abklingen, weder an den Atmungsorganen, ... am Verdauungsapparat irgend welche — auch geringfügigen — krankhaften Erscheinu... bestanden haben. Das Fieber konnte einzig und allein mit dem plötzlichen Auf... des das ganze Integument bedeckenden Exanthems in Zusammenhang gebracht we...

Status praesens: Entlang der Seitenlinien des Stammes, insbesondere a... ganzen Rücken, ferner an den Streckseiten beider oberen Extremitäten, an der V... und Außenseite beider unteren Extremitäten ist die Haut mit rosaroten Efflores... dicht besät. Abgesehen von ihrer wechselnden Größe sind die Hautblüten unifor...

[1]) „On the palms and soles were thickly studded, deap seated vesicles, ab... 4 mm in diameter, resembling a pompholyx eruption", l. c. S. 314.

Digitized by Google

hr typisch, stets in der Spaltrichtung der Haut verlaufend, länglich-oval, am Rande was eleviert, in der Mitte eingesunken und mit feinen nach innen zu frei flottierenden huppen besetzt. Man kann Effloreszenzen aller Stadien beobachten: vom kleinen saroten Knötchen an bis zu 15—30 mm großen länglichen Effloreszenzen sind alle adien in fließendem Übergange vertreten. Liegen sie nahe aneinander, so entstehen s ihrer Konfluenz 3—5 cm große Flecke. Am Stamme sind vorwiegend mit dicht lagerten Effloreszenzen besetzt: beide Skapulargegenden unter völliger Aussparung der hinteren Schweißrinnen, ferner die Strecke zwischen der vorderen und hinteren Axillarlinie (Abb. 1).

Ganz besonderes Interesse verdienen knötchenförmige, streng follikulär angeordnete Effloreszenzen, die an der Vorder- und Rückseite des Stammes gruppiert zu sehen sind. Etwa in der Höhe des ersten Lumbalwirbels, nahe der Mittellinie, sitzt ein 25—30 mm großes Fleckchen, bestehend aus streng follikulär lokalisierten, rosaroten Knötchen-

b. 1. Typische, dichtgedrängte ityriasiforme" Effloreszen- n an der seitlichen Thoraxwand

Abb. 2. „Pompholyziforme" Effloreszenzen an beiden Fußsohlen

loreszenzen; manche tragen feine Schüppchen an der Spitze, während andere mit einem n Kratzen herrührenden bräunlichroten Krüstchen besetzt sind. Das Fleckchen fühlt h beim Drüberstreichen wie ein Reibeisen an. Ganz ähnliche, rein follikuläre Knötchenloreszenzen sieht man an beiden Seiten der Linea alba, im Felde zwischen Nabel d Rippenbogen in 6—8 Grüppchen angeordnet. Sie messen hier 6—10 mm im Durchsser.

Während die Hand- und Fußrücken dieselben pityriasiformen Effloreszenzen fweisen wie das übrige Integument, lenken die Palmae und die Plantae durch die nz auffallende Abweichung ihrer Effloreszenzen eine erhöhte Aufmerksamkeit auf sich.

Digitized by Google

Beide Palmae zeigen rötlich-bräunliche, pfennig- bis talergroße Flecke, die teils kreisförmig, teils girlandenartig begrenzt im Niveau der Haut liegen und auf Druck abblassen. Außerdem sind beide Hohlhände, insbesondere der Thenar und der Karpus, beiderseits mit girlandenartig verlaufenden Epithelkrausen besetzt: das typische Bild der sog. „Dyshidrosis lamellosa sicca". Ausschließlich auf die Mitte beider Volae beschränkt sieht man einige subkorneal liegende, sagokornähnliche Bläschen.

Die Plantae (Abb. 2) sind fast symmetrisch befallen und sie weisen die Effloreszenzen etwa in 3 Gruppen angeordnet auf. Die eine Gruppe beginnt etwa 2 cm unterhalb beider innerer Knöchel und zieht sich in einer Länge von etwa 10 cm, in einer Breite von etwa 4 cm streifenförmig gebogen bis zur Mitte der Fußsohlen. Eine zweite symmetrische Gruppe besetzt die distale Partie der Fußsohlen zwischen Groß- und Kleinzehenballen und die dritte das hintere Drittel der rechten Fußsohle mit Einschluß der Fersengegend. Sämtliche Herde sind dicht mit stecknadel-, hirsekorn-, z. T. bis kleinerbsengroßen, subkornealen, sagokornähnlichen Bläschen besetzt. Schabt man die Kornealschicht leicht ab, so erscheint das freiliegende, leicht nässende Korium wabenartig durchlöchert. An der Stelle eingetrockneter Bläschen überall leichte Schuppung.

Initialfleck (Plaque mère, Brocq) ist nicht vorhanden. Hals, Wangen, Stirn sind frei von Effloreszenzen. Die ganze Kopfhaut zeigt eine erhebliche diffuse Schuppung, die nach Angabe des Patienten seit langen Jahren in Zusammenhang mit einem erheblichen Haarschwund besteht.

Subjektiv besteht seit dem Ausbruch des Exanthems ein unerträgliches Juckgefühl.

Fassen wir zunächst die Krankheitsgeschichte unseres Patienten zusammen, so sind daraus insbesondere folgende Daten von hohem Interesse:

Es traten inmitten körperlichen Wohlbefindens ganz plötzlich subkorneale, sagokornartige Bläscheneffloreszenzen an beiden Fußsohlen auf. 48 Stunden später bekam Patient einen Schüttelfrost, das Fieber stieg auf 39,5° C. Anschließend entwickelte sich innerhalb der nächsten 24 Stunden — also 3 Tage nach Auftreten der eruptiven Bläschenaussaat an den Plantae — ein für Pityriasis rosea absolut typisches Exanthem am ganzen Integument, während zu gleicher Zeit beide Palmae bräunlich-rötliche Flecken, einige subkorneale, sagokornähnliche Bläschen, im übrigen aber das typische Bild einer „Dyshidrosis lamellosa sicca" aufwiesen.

Die Möglichkeit, den Krankheitsfall von Anbeginn bis zur vollständigen Abheilung des Exanthems verfolgen, eine sehr sorgfältige mykologische Untersuchung ausführen, die Allergie der Hautdecke verschiedentlich prüfen zu können, bot für die Erforschung der Ätiologie und Pathogenese dieses durch zwei an sich sehr typische — pityriasiforme und pompholyziforme — klinische Morphen charakterisierten Falles eine einzigartige, höchst seltene Gelegenheit.

Neben den typischen subkornealen, sagokornähnlichen Bläscheneffloreszenzen an Plantae und z. T. an Palmae war das Integument mit den für Pityriasis rosea klassischen Effloreszenzen bedeckt. Außer diesen beiden, pityriasiformen und pompholyziformen, Effloreszenzen waren noch die sehr selten vorkommenden streng follikulär lokalisierten Knötcheneffloreszenzen am Stamme vorhanden. Sie waren in Form von kleinen Fleckchen gruppiert, deren Durchmesser 6—30 mm betrug. Sie blieben streng follikulär, konfluierten nicht und verschwanden auch — wie gekommen — gleichzeitig mit den übrigen pityriasiformen und pompholyziformen Effloreszenzen unter leichter Abschuppung. In der Anamnese weder Lues, noch Lungentuberkulose, noch Tuberkulose der Drüsen vorkamen, muß die Identität in Ätiologie und Pathogenese zwischen den follikulären, lichenoiden und den übrigen Effloreszenz-

Digitized by Google

– schon rein klinisch — zwingend angenommen werden. WR war brigens negativ. Der internistische und röntgenologische Lungenbefund Dr. Nussbaum) war ebenfalls negativ.

Den wichtigsten Abschnitt der Untersuchungen bildete die mykogische — mikroskopische und kulturelle — Durcharbeitung des Falles. ur Untersuchung gelangten: 1. Kopfschuppen, 2. Schuppen pityriasirmer Effloreszenzen des Integuments, 3. Schuppen von Palmae und lantae, 4. Blaseninhalt der pompholyziformen Effloreszenzen. Es sind rner im Verlaufe der Beobachtung zweimal Blutkulturen angesetzt worden.

Mikroskopisch zeigten weder die Körperschuppen, noch insesondere Bläschendeckel von Plantae und Palmae in wiederholten Unterchungen irgend welche Pilzelemente.

Kulturell sind Kopf- und Körperschuppen (Effloreszenzen der ityriasis rosea), und Schuppen von Handtellern und Fußsohlen auf einen 8%igen Glukoseagar, Glukose- und Maltoseagar von Sabouraud rimpft worden (27° C). Die Kopfschuppen lieferten gleich in der sten Kulturserie auf dem 8%igen Glukoseagar reichliche Kolonien des chizos. homin., und zwar — wie immer — vom „Hauttyp". Die ährböden von Sabouraud blieben hier steril. Alle drei Nährböden dagen, die mit Schuppen vom Körper, von den Palmae und Plantae beschickt worden waren, blieben in wiederholten Kulturserien (8—10 Röhren jedesmal!) auf die Dauer steril.

Der Nachweis des Erregers — Schizos. homin. — gelang aber auf einem deren, schon vorher vielfach erprobten Wege. Über typischen pityriasirmen, an zwei Stellen über lichenoiden Effloreszenzen des Stammes, sgesamt an fünf Stellen sind mittels der Kantharidenblasenethode (Urbach-Wien) Blasen gezogen worden. 24 Stunden später der Blaseninhalt auf 5%ige Glukosebouillon (pH 7,2) verimpft und i 27° C bebrütet worden. Nach 48 Stunden war der verimpfte Blasenhalt von allen fünf Stellen bezüglich des Schizos. homin. unter Ausschluß jeglicher anderer Mikroorganismen positiv.

Ebenso ist der Blaseninhalt von den pompholyziformen Effloreszenn der Plantae und Palmae auf obige Glukosebouillon direkt verimpft rden. Das Resultat war hier auch nach 48 Stunden in allen beschickten lbchen Schizos. homin. positiv. In beiden Fällen zeigte der Schizos. min. den „Bluttyp".

Dieses Ergebnis der kulturellen Untersuchung ist nur eine wiederlte Bestätigung meiner bisherigen Befunde, die vorher schon in trennten klinischen Bildern, i. e. bei Pityriasis rosea Gibert einesls, und bei Pompholyx Hutchinson anderenteils, erhoben worden sind.

Über die Resultate meiner Nachuntersuchung mittels der Kantharidenblasenmethode von Urbach konnte ich bereits auf dem Königsrger Dermatologenkongreß 1929 in meinem Schlußwort die in der Dission zu meinem Vortrag gemachten Angaben von Urbach bezüglich iner Befunde bei Pityriasis rosea bestätigen. Bezüglich der Ergebsse meiner Untersuchungen über Pompholyx Hutchinson hatte ich vor rzem hier berichtet.

Die Pityriasis rosea Gibert habe ich auf Grund einer Reihe von tsachen als ein auf hämatogen-infektiösem Wege durch eruptive

Digitized by Google

Aussaat der Spalthefe entstandenes Mykid aufgefaßt. Die Richtigkeit dieser Auffassung wurde durch die geniale Kantharidenblasenmethode von URBACH vollauf und auf einem gänzlich anderen Wege bestätigt.

Bezüglich des Pompholyx HUTCHINSON bin ich zu einem ähnlichen Resultat gelangt. Ich habe erkannt, daß das durch subkorneale, sagokornähnliche Bläschenefloreszenzen charakterisierte Syndrom der Palmae und Plantae primär ebenfalls durch die eruptive Aussaat des Schizos. hominis in Handfläche und Fußsohle auf hämatogen-infektiösem Wege zustande kommt.

Lag hierbei keine sekundär, von außen her aufgepfropfte, komplizierende und konsekutive Hyphomykose vor, so handelte es sich um die „echte", „amykotische" Dyshidrosis der Autoren.

War dagegen eine Hyphomykose sekundär auf die schon bestehenden, voraufgegangenen Bläschenefloreszenzen exogen aufgepfropft, so ist dieser sekundäre Teil der Doppelinfektion — allein nur dieser — mikroskopisch und kulturell als eine „Hyphomykose" diagnostiziert worden: „Pseudodyshidrosis" der Autoren, „Epidermophytosis" der Amerikaner. Das prinzipiell Wesentliche: der auf hämatogen-infektiösem Wege entstandene primäre, allein durch den Schizos. hominis bedingte Anteil blieb dabei verborgen, unerkannt.

Ich habe hervorgehoben, daß zwischen beiden Spalthefemykiden bei völliger Identität der Ätiologie und Pathogenese der einzige Unterschied im klinischen Bilde: in der Form der Primäreffloreszenz bzw. in der Lokalisation derselben ist.

Von der Lehre über die Trichophytide her ist es bekannt, daß hier neben der ersten und ältesten, klinisch als solche erkannten lichenoiden (J. JADASSOHN) Form eine Reihe anderer klinischer Erscheinungsformen der Trichophytide unterschieden werden: makulo-papulöse, polymorph-exudative, skarlatinoide, subkutan-nodöse Trichophytide. Wir haben dafür vorläufig keinerlei Erklärung bei den Trichophytiden, weshalb derselbe Hyphomyzet in hämatogen-infektiöser Aussaat bei verschiedenen Individuen ganz verschiedene klinische Formen des Mykids hervorrufen kann.

Ganz analoge Verhältnisse finden wir bei der Spalthefemykide. Einmal ruft eine hämatogen-infektiöse Aussaat des Schizos. hominis das klassische Bild der Pityriasis rosea GIBERT, ein anderes Mal das des Pompholyx HUTCHINSON hervor. Ursache der Verschiedenheit der auffallend typischen Lokalisation und der klassischen Effloreszenzformen bleibt hier genau so dunkel wie in der Lehre von den Trichophytiden. Im Gegenteil darf aber die Existenz verschiedener klinischer Formen des Spalthefemykids niemand wundernehmen. Ein lichenoides Trichophytid ist genau so grundverschieden von einem skarlatinoiden oder polymorph-exudativen, wie etwa die Primäreffloreszenz der Pityriasis rosea von der des Pompholyx.

Um das historisch Überkommene — soweit es ätiologisch oder pathogenetisch in keiner Weise präjudiziert — in der Nomenklatur zu retten, schlage ich vor, die Pityriasis rosea GIBERT als „pityriasiformes" und Pompholyx HUTCHINSON als „pompholyziformes" Spalthefemykid zu bezeichnen.

Digitized by Google

Rein klinisch sind schon auch bisher — außer den klassischen, „pityriasiformen" Effloreszenzen — andere, davon grundverschiedene Efflorenzentypen des Spalthefemykids in der Literatur erwähnt worden. So war Hillb wohl einer der ersten, der auf knötchen- und urtikaähnliche Effloreszenzen insbesondere in der Halsgegend und am Rücken aufmerksam machte. Nach ihm hat eine Reihe anderer Autoren (Vörner, Hallopeau, Gastou und Pontoizeau) ähnliche Beobachtungen gemacht. Mich selbst hat ein durch überwiegend papulöses Exanthem charakterisierter Fall von Pityriasis rosea — also wieder ein atypischer Fall — auf die Idee gebracht, deren weitere Verfolgung die Mykidnatur der Pityriasis rosea aufdeckte. Kiess erwähnt in seiner Beobachtung urtikaria-, erythema-exsudativum-multiforme-ähnliche Effloreszenzen. Ich selber konnte u. a. typische lichenoide Hautblüten im vorliegenden Falle beobachten.

Durch Aufdeckung des verbindenden, ätiologischen Agens — Schizos. homin. — wird eine Unterteilung des klinischen Bildes beim Spalthefemykid genau so zwangsläufig eintreten bzw. notwendig werden, wie es bei den Trichophytiden der Fall war.

Der Schizos. homin. ist im vorliegenden Falle aus dem primären Mykoseherd — Kopfhaut (lokalisierte Spalthefemykose) — im „Hauttyp" des Parasiten gezüchtet worden. Aus dem Kantharidenblaseninhalt wurde an mehreren Stellen über den pityriasiformen und lichenoiden Effloreszenzen, sowie aus dem Blaseninhalt der pompholyziformen Effloreszenzen der Plantae und der Palmae im flüssigen Nährmedium derselbe Parasit — Schizos. homin. — in geschlossenen Effloreszenzen, und zwar im „allergischen" oder „Bluttyp" nachgewiesen worden. Im Ausstrich des Blaseninhaltes pompholyziformer Effloreszenzen konnte mikroskopisch keine Spalthefe nachgewiesen werden; die Blutkulturen blieben auch negativ aus.

Neben dem Nachweis desselben Parasiten — Schizos. homin. — im primären Mykoseherd und in den pityriasiformen, lichenoiden, bzw. pompholyziformen Effloreszenzen des Exanthems in geschlossenen Hautblüten bleibt noch die Frage nach der Allergie der Hautdecke zu erörtern.

Bei der Klarheit und Durchsichtigkeit, sowie Einheitlichkeit des mykologischen Befundes war die Frage bei der Prüfung der Allergie einfach dahin zu stellen: ist die Haut gegen ein Spalthefeantigen allergisch oder nicht? Hyphomyzeten sind im Verlaufe des öfters wiederholten mit immer frisch entnommenem Material angestellten Kulturverfahren nie gefunden worden. Die Beurteilung der Allergie war mir durch die bereits erworbene reichliche Erfahrung bei einer ansehnlichen Zahl von Spalthefemykiden erleichtert und gestützt. Der vorliegende Fall ist lediglich einer, der z. Z. beobachteten 74 Fälle (42 pityriasiforme, 32 pompholyziforme Spalthefemykide).

Dennoch habe ich die Allergie zunächst mit Trichophytin Höchst geprüft. Dieser Vorgang hat einen doppelten Zweck gehabt. Erstens sehen, ob die Haut gegen Trichophytin allergisch ist, zweitens, ob das Exanthem durch eine intrakutane Injektion von Trichophytin in irgend welcher Weise beeinflußt wird.

Digitized by Google

Auf der Höhe des Exanthems — am 6. Tage nach der Generalisierung — wurde 0,1 ccm vom Trichophytin Höchst 1 : 50 intrakutan am rechten Unterarm injiziert. Als Kontrolle wurde phys. NaCl-Lösung benutzt. Nach 24 Stunden zeigt Trichophytin eine winzige Stichreaktion, fiel also wie auch die Kontrolle negativ aus. Das Exanthem zeigte dabei nicht die geringste Veränderung.

Am 8. Tage wurde die Intrakutanprobe mit Spalthefeantigen — es wurde eine Spalthefevollvakzine verwendet — am linken Unterarm angestellt. Als Kontrolle diente hier auch phys. NaCl, das Vehikel des Spalthefeantigens. 24 Stunden später — also am 9. Tage — zeigte sich folgende Reaktion: 5 × 6 cm heißroter, schmerzhafter, stark infiltrierter Hof, an dessen Peripherie ein 10 mm breiter anämischer Ring; 6 mm breite Papel mit einer hirsekorngroßen Pustel. Kontrolle negativ.

Zugleich zeigte sich neben dieser stark positiven Lokalreaktion eine Allgemeinreaktion in Form von Kopfschmerz, Mattigkeit, Abgeschlagenheit mit Temperaturanstieg auf 37,5° C (tags vorher: 36,8° C). Noch auffallender aber war die Herdreaktion. Das Exanthem ist am ganzen Körper plötzlich abgeblaßt, die rötliche oder rosarote Farbe der pityriasiformen, lichenoiden Effloreszenzen vollständig verschwunden. Die Effloreszenzen haben ihre Sukkulenz verloren und waren ganz auffallend mit einer zusammengefallenen, geschrumpften, zerknitterten Kornealschicht vom ausgesprochenen gelben Ton bedeckt. Subjektiv ist der hochgradige Juckreiz beträchtlich zurückgegangen. Ebenso auffallend war das Verhalten der pompholyziformen Effloreszenzen. Sie fielen zusammen, die Blasendeckel trockneten an und schilferten in den folgenden Tagen in erhöhtem Maße ab. Besonders schön konnte man das plötzliche Verschwinden der Epithelkrausen der Volae — „Dyshidrosis lamellosa sicca" — beobachten.

Nach weiteren fünf Tagen — also am 13. Tage — nach Ausbruch des generalisierten Exanthems war dasselbe vom Stamm fast vollständig verschwunden und nur noch an den Extremitäten hier und da — aber auch schon im starken Rückgang sichtbar. Deshalb wurde an diesem (13.) Tage noch eine zweite intrakutane Injektion mit demselben Spalthefeantigen verabreicht.

Als der Patient nach weiteren 10 Tagen — also am 23. Tage — nach der Generalisierung des Exanthems wiedergesehen wurde, war das Exanthem total verschwunden, sowohl vom Stamm wie von den Extremitäten, Volae und Plantae.

Die positive Allergie gegen Spalthefeantigen ist also einwandfrei nachgewiesen worden. Zugleich zeigte sich aber eine auffallend gute therapeutische Wirkung der intrakutan verabreichten Spalthefevollvakzine.

Auf Grund der eingehenden Analyse des vorliegenden Falles glaube ich einwandfrei gezeigt zu haben, daß die pompholyziformen Effloreszenzen der Palmae und Plantae sowie die pityriasiformen Effloreszenzen des gesamten übrigen Integuments in ihrer Ätiologie und Pathogenese völlig gleichwertige und identisch zu bewertende Effloreszenzen darstellen. Die hohe prinzipielle Bedeutung des erörterten Falles liegt eben darin, daß derselbe ein Bin-

Digitized by Google

glied zwischen zwei sonst stets getrennt auftretenden Mykidformen der Spalthefemykose darstellt. Zugleich zeigen die sehr spärlichen analogen Fälle aus der Literatur mit der Klarheit eines Experimentes, wie einmal die pityriasiformen Effloreszenzen des Stammes in die pompholyziformen Effloreszenzen der Volae und Plantae übergehen, z. B. im Falle Kiess, ein anderes Mal dagegen den Beginn die pompholyziformen Effloreszenzen der Palmae und Plantae bilden, worauf erst eine Generalisierung am übrigen Integument in Form von pityriasiformen Effloreszenzen stattfindet, z. B. der hier erörterte Fall.

Zusammenfassung

In vorliegender Arbeit wird einer jener seltenen Fälle von Pityriasis rosea Gibert klinisch und mykologisch eingehend analysiert, die in Kombination mit Pompholyx Hutchinson auftreten.

Die Affektion begann zunächst mit einer eruptiven Aussaat von subkornealen, sagokornähnlichen Bläscheneffloreszenzen an den beiden Fußsohlen, um einige Tage später unter heftigem Schüttelfrost am ganzen übrigen Integument in typischen Effloreszenzen als Pityriasis rosea zu generalisieren. Zu gleicher Zeit traten an beiden Hohlhänden teils subkorneale, sagokornähnliche Effloreszenzen, teils Epithelkrausen auf, die das bekannte Bild einer „Dyshidrosis lamellosa sicca" darstellen.

Nachweis des Schizos. homin. kulturell auf der Kopfhaut — dem primären Mykoseherd — im „Hauttyp"; in pityriasiformen, lichenoiden Effloreszenzen des Stammes mittels der Kantharidenblasenmethode von Urbach, sowie bei direkter Verimpfung des Bläscheninhaltes der pompholyziformen Effloreszenzen der Palmae und Plantae — im „Bluttyp".

Nachweis der positiven Allergie gegen Spalthefeallergen in Form von stark positiver Lokal-, Allgemein- und Herdreaktion.

Durch Verabreichung von zwei intrakutanen Injektionen einer Spalthefevollvakzine ist die ganze Affektion zur raschen Abheilung gebracht worden.

Im erörterten Falle handelt es sich um ein Spalthefemykid mit zwei, im klinischen Bilde grundverschiedenen — „pityriasiformen" bzw. „pompholyziformen" — Effloreszenzen, die aber ätiologisch und pathogenetisch wesensgleich sind, indem beide Effloreszenztypen der hämatogenen Aussaat des Schizos. homin. in die spalthefeallergische Haut ihre Entstehung verdanken.

Literatur

Benedek, T., Derm. W., 1928, Bd. 86, S. 536. — Benedek, T., Derm. W., 1929, Bd. 89, S. 1355. — Benedek, T., XVI. Kongr. d. D. Derm. Ges. in Zbl. f. Haut- u. Geschlechtskrkh., 1929, Bd. 31, S. 420. — Kiess, O., Derm. W., 1929, Bd. 88, S. 425. — Pieck, E., Handb. f. Haut- u. Geschlechtskrkh., Bd. VII/1. Springer, Berlin 1928. — Rille, J. H., Lehrbuch der Haut- und Geschlechtskrankheiten. G. Fischer, Jena 1902. — Urbach, E., XVI. Kongr. d. D. Derm. Ges. in Zbl. f. Haut- u. Geschlechtskrkh., 1929, Bd. 31, S. 422. — Weiss, Lane, Showman, Arch. of Dermat., 1927, Bd. 15, S. 304.

Digitized by Google

Aus der dermat.-syphil. Klinik des Staatsinstitutes für mediz. Wissenschaften (Direktor: Prof. Dr. A. K. Stein) in Leningrad

Über Pseudopelade Brocq

Von

Dr. A. D. Troitzkaja, Assistent

Unter den Erkrankungen des behaarten Kopfteiles, die mit Alopezie endigen, erscheint die Pseudopelade Brocq ätiologisch am wenigsten aufgeklärt und in therapeutischer Hinsicht hoffnungslos. Diese Erkrankung, noch vor Brocq von Neumann als Alopecia circumscripta s. orbicularis beschrieben, erlangte eine ausführliche klinische und histologische Durcharbeitung erst durch Brocq und wurde von ihm als eine besondere nosologische Einheit endgültig ausgesondert. Brocq, der die Beziehung der Pseudopelade zur Folliculite épilante et destructive de Quinquaud und zur Acné décalvante de Lailler aufklärte, womit viele Autoren die Pseudopelade identifizieren, kam zur Schlußfolgerung, daß Pseudopelade in ihrem Verlaufe mitunter durch Bildung von Pusteln sich zufällig kompliziert, indem sie dadurch das Bild von Acné décalvante abgibt. Ungeachtet der vollständigen klinischen Charakteristik waren alle Versuche, die Ätiologie der Pseudopelade aufzuklären, resultatlos. Quinquaud, der Folliculite épilante beschrieb und Pseudopelade für eine besondere Form der Folliculite épilante hielt, nahm ihre Mikrobenabstammung an, aber seine Vermutung wurde von anderen Forschern nicht bestätigt. Sabouraud, dem Erreger sorgfältig nachforschend, fand nichts außer Staphylokokken, die infolge zufälliger Verunreinigung sich zeigten. Indem Brocq die Pathogenese der Pseudopelade aufklärte, vermochte er selbst bloß bemerken, daß diese Erkrankung bei Erwachsenen im Alter von 20—40 Jahren, häufiger bei Männern als bei Frauen (auf vier Männer entfällt eine Frau), gewöhnlich bei Brünetten oder dunkelKastanienbraunen mit dichtem Haar vorkommt, die sich durch Nervosität auszeichnen, und daß sich bei Verwandten der Kranken Fälle von Tuberkulose beobachten lassen. Die Frage der Herkunft der Pseudopelade beantwortend, sagt Brocq, daß wir absolut nichts wissen, fügt jedoch hinzu, daß die unregelmäßige Veranlagung der Affektion, ihre serpiginöse Verbreitung als Argumente für die Mikrobentheorie erscheinen. Die von Dreuw beschriebene Alopecia parvimaculata, welche er als Anfangsstadium der Alopecia atrophicans (Pseudopelade Brocq) betrachtet, hat augenscheinlich infektiöse Ätiologie, nachdem er ihre epidemische Ausbreitung in den Schulen beobachtete. Eine ähnliche Ansicht vertritt auch Hodara, welcher Pseudopelade bei einer Mutter und ihren beiden Töchtern beobachtete. Von den späteren Autoren wird zur Aufklärung der Ätiologie der Pseudopelade nichts beigetragen. Bloß Hinweise auf Fälle ihrer familiären Entstehung tauchten auf. So beschreibt Jean selme ihr Auftreten in fünf Generationen bei vierzehn Personen, Tommers und Rosenberg in vier Generationen bei sieben Personen in männlicher Linie, wobei die weibliche nicht befallen wurde. Ebenso gibt es

Digitized by Google

Hinweise auf die Entstehung der Pseudopelade nach überstandenen Infektionskrankheiten (TROXELL). SANTALOW äußerte den Gedanken einer Identität des Lupus erythematodes mit Pseudopelade. Die meisten Autoren erwähnen bloß die klinische Seite der Pseudopelade, während die histologische, außer von BROCQ, bloß von einigen berührt wurde. Darum stellt der nachstehend angeführte Fall von Pseudopelade sowohl in histologischer Hinsicht als auch nach der Eigenheit des klinischen Verlaufes ein Interesse vor.

A., 27 Jahre alt, wandte sich an die Klinik mit Klagen über das Auftreten von kahlen, an Zahl sich fortwährend vermehrenden Stellen im behaarten Kopfteil. Ihre gegenwärtige Erkrankung trat vor 4 Jahren auf, als sie am Hinterkopfe vier kleine kahle Stellen bemerkte, die weiterhin sich vergrößerten und ineinander verschmolzen. Zeitweilig trat ein Stillstand des Prozesses, zeitweilig eine Verschärfung ein. Eine besondere Verschlimmerung beobachtete sie nach Sonnenbädern im vergangenen Sommer, als zahlreiche, sehr feine, kahle Stellen sich zeigten. In der Kindheit überstand sie Scharlach, Cholera, erlebte im Süden Pogrome, welche auf ihr Nervensystem eine starke Rückwirkung ausübten. Mit 14 Jahren menstruierte sie, mit 17 Jahren heiratete sie und hat ein an Rachitis krankes Kind. Hinsichtlich der Erblichkeit erwähnt sie Tuberkulose der Mutter und Sarkomatose des Vaters und besitzt drei vollkommen gesunde Brüder.

Status praesens: Die Kranke ist mittleren Wuchses, von regelmäßigem Körperbau, ihre Haut und Schleimhäute sind bleich. Hinsichtlich des lymphatischen Systems läßt sich an den hinteren Halsdrüsen eine bis zur Mandelgröße reichende Vergrößerung beobachten. An den inneren Organen sind keinerlei Normabweichungen vorhanden. Durch Röntgenoskopie wurde eine Vergrößerung der Bronchialdrüsen konstatiert. Die Untersuchung des Nervensystems ergab bloß eine erhöhte Reizbarkeit, außerdem klagt die Kranke über heftige Kopfschmerzen. Blutuntersuchung: Hb 60%, Erythrozyten 3870000, Leukozyten 4000, F.-Ind. 0,78; stabkernige Neutrophilen 2%, segmentierte 46%, Lymphozyten 46% und Monozyten 6%. Der Gehalt an Harnsäure im Blute betrug 5,5 mg. Bei der Untersuchung der behaarten Kopfhaut wurde folgendes festgestellt. Das Haar ist dunkel kastanienbraun, dicht und lang; am Hinterkopf, bis zum Scheitel auslaufend, befinden sich vier tief eingefallene, vollkommen haarlose Ovale von 6:8, 5:6 cm im Durchmesser mit festonartigen und zickzackförmigen Konturen, die einen scharfen Übergang von der gesunden Haut nach der Blöße aufweisen. Die Haut der kahlen Stellen ist weiß, stellenweise pigmentiert, glänzend, äußerst dünn, dem Gefühl nach etwas trocken und schält sich nicht ab. An dem Scheitel und den Schläfen ist eine große Menge feiner kahler Stellen von 1—2 mm bis zu 1—3 cm im Durchmesser mit runden und zickzackförmigen Konturen vorhanden. Die Haut der größeren oder veralteten Kahlstellen ist weiß und ganz atrophiert mit totalem Haarausfall, bloß an einigen kahlen Stellen sieht man vereinzelte, ganz dünn gewordene, 3 cm lange Haare mit vollständig atrophierter Zwiebel. An der Peripherie der Kahlstellen sind die Haare von normaler Dicke und Länge mit angeschwollener, halb durchscheinender Wurzel. Sie lassen sich jedoch leicht herausreißen. Die Öffnung der Follikel an der atrophierten Haut läßt sich weder unter der Lupe noch durch Einreibung von Chrysarobin-Traumaticin nach JOSEPH bestimmen. Frisch auftretende Kahlstellen unterscheiden sich stark von den alten. Ihre Haut ist leicht rosig gefärbt, die Epidermis gänzlich unverändert, die Follikelöffnungen sind erkennbar; an einigen Stellen kommt bloß ein starkes Schütterwerden des Haares vor; beim Betasten läßt sich eine nicht allzu große, ziemlich feste Anschwellung der tiefen Hautschichten wahrnehmen. Die Haare lassen sich leicht herausreißen. Den Beginn und die Entwicklung des Prozesses zu verfolgen gelang bei drei während der letzten Monate erschienenen Kreisen, wo vor allem eine ziemlich feste, leicht rosige Anschwellung von 2 mm im Durchmesser auftrat, in deren Mittelpunkt sehr schnell, nach 5—6 Tagen, 2—3 Haare ausfielen. Mit jedem Tage vergrößerte sich im Durchmesser die Anschwellung, dementsprechend ging auch der Haarausfall vor sich. Die anfangs runde Kontur der Kahlstellen wird durch eine zickzackförmige ersetzt, nach 2—3 Wochen fällt die kahle Stelle ein, die Anschwellung verschwindet, die Haut wird dünner, die Follikel verschwinden, an Stelle der blaßrosigen Färbung tritt die weiße. Die vor-

Digitized by Google

genommene Behandlung, sowohl allgemein, Arsen, Autohämotherapie, d'Arsonval, wie lokal, Schwefel-, Quecksilber- und Chrysarobinpräparate, erweckten den Anschein, als ob einige Besserung einträte. Die Erythrozytenanzahl stieg auf 4340000, obgleich der Prozentsatz an Hb derselbe blieb, Leukopenie hielt sich bei 3700, jedoch das Verhältnis zwischen Lymphozyten und Neutrophilen näherte sich der Norm — Neutrophile 67%, Lymphozyten 31%, Monozyten 2%. Das Auftreten von neuen kahlen Stellen wurde einstweilen nicht beobachtet, ihr Wachstum wurde aufgehalten.

Bei der bioptischen Untersuchung der frisch aufgetretenen Stellen offenbarten sich folgende Veränderungen. Die epidermale Schicht ist dünn, besonders in den Lücken zwischen den erhaltenen Fortsätzen des Epithels, und ihre Breite reicht an einzelnen Stellen bis zu einer Zellenreihe mit schlecht ausgeprägter zweiten. Zu diesen vollkommen atrophierten Bezirken bildet der minder veränderte Teil der Epidermis auf einmal einen schroffen Übergang von einigen Reihen der Stachelzellenschicht bis zu ihrem fast gänzlichen Verschwinden. Epitheliale Fortsätze befinden sich in bedeutender Entfernung voneinander; verkürzt, stellen sie meist bloß unbeträchtliche Ausbuchtungen vor, stellenweise geglättet bilden sie vollends eine gerade Linie. Die Zellen der basalen Schicht sind nur an den den geringsten Veränderungen ausgesetzt gewesenen Stellen zaunpfahlartig verteilt und hauptsächlich in den Epithelfortsätzen. In dünn gewordenen Bezirken verlieren die Zellen der basalen Schicht ihre zylindrische Form, sie werden entweder polygonal oder aber ganz unregelmäßig, breiten sich ungeordnet aus, indem sie eine zickzackförmige Grenze mit der Derma bilden. In den Zellen der basalen Schicht fehlt das Pigment fast gänzlich, und Mitosen kommen sehr selten vor. Die Zellen der Stachelschicht färben sich in den tieferen Teilen heller als in den oberflächlichen, wo die Zellen blaß gefärbt erscheinen und sich in einem Zustand trüber Anschwellung befinden; ihre Grenzen sind unklar und verwischt. Diese Veränderungen sind besonders scharf ausgeprägt an dünner gewordenen Epithelstellen. In einem am meisten atrophierten Bezirke bilden die Zellen der Stachelschicht nur eine Reihe und stehen in beträchtlicher Entfernung voneinander, unter ihnen gibt es Zellen, die ihre Struktur verloren haben, sich fast nicht färben und kernlos sind. Die Körnerschicht bildet nicht mehr als eine Reihe von Zellen, die voneinander in einer großen Entfernung stehen (eine oder zwei Zellen). Die Zellkerne sowohl der Basal-, Stachelzellen- wie auch der Körnerschicht sind entweder angeschwollen, sich blaß färbend, oder aber umgekehrt, sie sind eingeschrumpft, färben sich diffus und befinden sich im Zustand der Pyknose. Um einige veränderte Kerne herum findet die Bildung von Vakuolen nach dem Typus der Altération cavitaire statt. Stratum lucidum läßt sich nicht bestimmen. Die Hornschicht stellt sich als locker gelagerte Hornplättchen vor, zwischen denen spaltartige Lücken sichtbar sind. Die Veränderungen in der Derma ergreifen alle Schichten bis zum Unterhautzellgewebe. Die Haarpapillen sind unregelmäßig, kurz, stellenweise ganz geglättet. Die kollagenen Fasern aller Schichten, besonders die tieferliegenden, erscheinen ödematös und homogenisiert; zwischen ihnen befinden sich zahlreiche Spalten, die stellenweise kleine Höhlen bilden. Das elastische Gewebe (nach WEIGERT) ist nicht dicht, an Stellen der größten Veränderungen erscheint es in Gestalt einzelner dünner

Digitized by Google

Faserchen. Die Blutgefäße sind in allen Schichten bedeutend erweitert und haben angeschwollene Endothelialzellen; ab und zu trifft man eine Berstung der Gefäßwände und geringen Bluterguß in das Gewebe. In allen Schichten, aber hauptsächlich in den tieferen, findet man ein Zellinfiltrat, das sich in Form von Strängen nach dem Laufe der Blutgefäße verteilt, mit einzelnen Anschoppungen um die Follikel, Talg- und Schweißdrüsen herum. Außerdem bildet das Infiltrat an der Grenze zwischen der Derma und dem Unterhautzellgewebe rundliche Knoten. Das Infiltrat besteht hauptsächlich aus lymphoiden Zellen, unter welchen ziemlich viele junge Fibroblasten vorhanden sind. In den peripheren Teilen des Infiltrats nimmt die Menge der Fibroblasten zu, und unter ihnen beginnen die reiferen Formen zu überwiegen. Ab und zu kommen bei der Färbung nach NOCHT Mast- und Plasmazellen vor. In dem nach dem Lauf der Arterien gelagerten Infiltrat überwiegen junge Fibroblasten. Die Menge der Haarfollikel ist stark verringert, stellenweise fehlen sie ganz. Am Präparat erscheinen die Follikel auf verschiedenen Niveaus abgeschnitten. In den meisten Follikeln fehlt das Haar. Der obere Schnitt des Follikels in Gestalt eines Trichters ist mit Hornmassen ausgefüllt, welche den Trichter wie ein Pfropfen, das Niveau nicht überragend, sondern unter ihm liegend, abschließen. Die Anzahl der Epithelschichten ist verringert, stellenweise auf zwei oder drei. Um den Follikeltrichter ist ein massives Zellinfiltrat vorhanden, das sich längs des Follikels abwärts zieht. Die Follikelschnitte tieferer Schichten haben verschiedenen Durchmesser. Bei den einen nähert er sich der Norm, mit 6—7 Schichten der äußeren Wurzelscheide und normalem Haardurchmesser, bei den anderen aber bildet die äußere Wurzelscheide insgesamt 2—3 Schichten mit einem Haardurchmesser, 6—8mal kleiner als der normale. Die Kontur des Durchschnittes ist bei manchen Follikeln zickzackförmig statt rund. Die Zellen der äußeren Wurzelscheide sind unregelmäßig und unordentlich verteilt, in den inneren Schichten sind sie angeschwollen, der Kern ist häufig eingeschrumpft, Mitosen lassen sich nicht beobachten. Die innere Wurzelscheide stellt eine jede Struktur entbehrende Schicht vor, wo die Zellgrenzen in den Hintergrund treten und die Unterscheidung der Huxley- und Henle-Schicht unmöglich erscheint. Die äußere und die innere Faserschicht sind stark verdickt und zeigen eine konzentrische Aufschichtung des Bindegewebes, das an Dicke stellenweise die Breite der äußeren Wurzelscheide übersteigt. In der Umgebung dieser von Wucherungen des Bindegewebes umgebenen Follikel befindet sich ein Zellinfiltrat. An vielen Stellen kann man das Eintreten herumschweifender Zellen lymphoiden Typus unter die Zellen der äußeren Wurzelscheide beobachten. Talgdrüsen sind an haarlosen Stellen nicht anzutreffen, oder sie stellen sich als geringe Überreste einiger, einen blaß sich färbenden Kern enthaltenden Zellen, eingebettet im dichten Zellinfiltrat, vor. Die Knäuel der Schweißdrüsen sind umgeben und durchzogen von einem Infiltrat, bestehend, wie auch um die Talgdrüsen herum, vorzugsweise aus lymphoiden Zellen und jungen Fibroblasten. Epithelialzellen der Schweißdrüsen sind angeschwollen und ihr Kern färbt sich blaß.

Auf diese Weise zeigte das histologische Bild einen schweren Ent-

Digitized by Google

zündungsprozeß, der sich in der Dermaschicht lokalisiert und sich in der Erweiterung der Arterien und der Ablagerung eines lymphoiden, eine große Menge von Fibroblasten verschiedener Entwicklungsstadien enthaltenden, zur Organisation geneigten Infiltrates äußerte. Dies hatte tiefe Veränderungen sowohl des ganzen Bindegewebes und der elastischen Basis der Haut wie auch den Untergang aller Hautanhänge zur Folge, und führte zu sekundären Veränderungen des Epithels, trüber Anschwellung der Zellen, Pyknose des Kernes, Altération cavitaire, Atrophie aller Epithelschichten. Das klinische wie auch das histologische Bild entsprach somit der Pseudopelade Brocq. Jedoch als klinische Besonderheit des gegebenen Falles erscheint die noch vor dem Haarausfall aufgetretene ziemlich feste Schwellung der befallenen Stellen, ihre blaßrosige Färbung, ähnlich Roseole prépeladique Sabourauds, was bis jetzt von niemand erwähnt wurde. Ebenso verdient eine Aufmerksamkeit das Vorkommen einer starken relativen Lymphozytose (46%), was mit dem lymphoiden Charakter des Infiltrats und der Vergrößerung der Lymphdrüsen in Verbindung gebracht werden kann. Demzufolge gelang es im gegebenen Falle von Pseudopelade den Zusammenhang dieser Erkrankung mit den Veränderungen des Blutbestandes und der Vergrößerung der Lymphdrüsen festzustellen. Allerdings in einem anderen Falle von Pseudopelade bei einem 30jährigen Manne, den zu beobachten ich Gelegenheit hatte, war der Blutbestand normal, was dadurch erklärt werden kann, daß bei ihm der Prozeß durch Einstellung des Wachstums der Kahlstellen und durch festsitzendes Haar beendet war. Im gegebenen Falle aber wurde Lymphozytose bei akuter Entwicklung des Prozesses beobachtet, bei dessen Besserung ein Sinken der Lymphozytose erhalten wurde. Außerdem bietet der erhöhte Gehalt des Blutes an Harnsäure, 5,5 mg (Norm 4,0 mg), ein Interesse. Veränderungen im Stoffwechsel erwähnt Ayrignac, welcher eine Steigerung der katalytischen Vorgänge, erhöhten Zerfall der Albuminoide, besonders der an Schwefel reichen, als welches Keratin erscheint, beobachtete. So war in einem seiner Fälle der Koeffizient des gesamten S zum gesamten N gegenüber der Norm zweimal größer. Ebenso muß beim histologischen Bilde als Besonderheit des gegebenen Falles die reichliche Infiltration um die Schweißdrüsen und die Anschwellung ihres Epithels erwähnt werden, während Brocq die Veränderung in den Schweißdrüsen als sekundären Charakter infolge Zusammenpressung des Bindegewebes hielt, und Chirivino die Einbeziehung der Schweißdrüsen in den Prozeß ganz und gar verneint. Ein dem gegebenen Falle ähnliches Bild beobachtete Lebedew in seinem beschriebenen Falle von Pseudopelade, in welchem er außerdem eine Proliferation des Epithels der Schweißdrüsen bis zur Verschließung ihres Lumens bemerkte. Dieser Widerspruch in der Frage von der Affektion der Schweißdrüsen bei Pseudopelade erklärte sich offenbar durch die verschiedenen Stadien des Prozesses der bioptischen Kahlstellen, dessen frühestes Stadium, im Vergleich zu den in der Literatur angeführten Stadien, im vorliegenden Falle untersucht wurde.

Literatur

1. Brocq, Lenglet et Ayrignac, Ann. de Derm. et de Syph., 1905, Bd 6. — 2. Brocq, Traité élémentaire de dermatologie pratique, 1907. — 3. Chirivino,

Digitized by Google

Arch. f. Derm., 1908, Bd. 90. — 4. Dreuw, Mh. f. pr. Derm., 1910, Bd. 51. — 5. Dreuw, D. m. W., 1913, Nr. 45. — 6. Jeanselme, nach Tümmers zit. — 7. Joseph, Zbl. f. Kindhlk., 1914, H. 1. — 8. Hodara, Derm. W., 1914, Nr. 13. — 9. Lailler, nach Brocq zit. — 10. Lebedew, Dermatologia, 1914, Nr. 4 (russ.). — 11. Neumann, W. m. W., Nr. 186, S. 3. — 12. Quinquaud, Bullet. et mémoir. de Soc. méd. des hôpitaux de Paris, 1888, S. 395. — 13. Ostrjakow, Sobornik poswjatsch. 25 wr. dejat. Prof. Pawlow (russ.). — 14. Ssantalow, Westnik dermat., 1929, Nr. 1 (russ.). — 15. Sabouraud, Maladies de cuir chevel., malad. séborrhéiques, acnés, calvit., Paris 1902, S. 267. — 16. Troxell, Detroit Dermatological Society, 1924, Nr. 25, Arch. of Dermat. and Syph., 1928, Bd. 18, Nr. 5. — 17. Tümmers u. Rosenberg, Derm. Zschr., 1928, Bd. 86, Nr. 15.

Aus der Klinik für Haut- und Geschlechtskrankheiten der kgl. ung. Stefan-Tisza-Universität in Debreczen (Vorstand: Prof. Dr. Eduard Neuber)

Ideen über die Erklärung der Quecksilberwirkung im syphilitischen Organismus, mit besonderer Berücksichtigung der Anhäufung des Quecksilbers im gesunden und kranken Hautgewebe

Von

Prof. Dr. Eduard Neuber

Schon 1908—1909 hat mich die Erklärung der Quecksilber-, Arsen- und Jodwirkung beschäftigt; auf Grund meiner Versuche gewann ich die Überzeugung, daß die Quecksilbertherapie die Bildung von Schutzstoffen anregt, indem nach gewisser Zeit nach der Quecksilberdarreichung das Komplement, die verschiedenen Immunkörper, die Phagozyten in gesteigertem Maße produziert werden. Ich gab damals meiner Auffassung Ausdruck, daß das Quecksilber den ganzen Mechanismus des Organismus hochgradig beeinflußt, daß die natürliche Widerstandskraft auf entsprechende Dosen zunimmt, und im allgemeinen hatte ich schon damals den antisyphilitischen Mitteln eine „unspezifische" Reizwirkung zugesprochen, sie reizen den Organismus durch die freigewordenen Schutzstoffe zur Abwehr (1910). Im Laboratorium von Metschnikoff habe ich eine Zunahme der Phagozytose nach Quecksilberbehandlung feststellen können. Kurz, ich dachte schon damals an eine „omnizelluläre" Wirkung, wenn auch die Nomenklatur anders war. Dem Quecksilber wird heute niemand im Organismus eine spirochätozide Wirkung zusprechen wollen, da man weiß, daß sogar bei der energischsten Behandlung im Organismus es höchstens in einer Verdünnung 1 : 1000000 anzutreffen ist; diese Annahme könnte sich auch dann keine Geltung verschaffen, wenn man sich eine ungleichmäßige Verteilung des Quecksilbers im Organismus vorstellen würde, also wenn einzelne Organe oder Syphilome größere Mengen Quecksilber speichern würden, wie wir das gleich näher beleuchten wollen. Die Literatur der letzten Jahre versucht die Quecksilberwirkung auf der verschiedensten Grundlage zu erklären; mit den verschiedenen Theorien habe ich mich in meinen früheren Arbeiten ausführlich beschäftigt, hier will ich sie als bekannt voraussetzen.

Digitized by Google

Während meiner früheren Untersuchungen konnte ich die Umstimmung des Organismus durch Quecksilber nur im Serum der Kranken bzw. der Versuchstiere verfolgen, so war ich vor allem auf das Verhalten der Komplementfixationsstoffe, der Agglutinine, des Komplements, der Opsonine, der Leukozyten und der roten Blutkörperchen bedacht, hatte aber keinen Aufschluß darüber erhalten, wie sich die einzelnen Organe, besonders die erkrankten Gewebe in bezug auf die Schutzstoffbildung nach Quecksilber sich verhalten, auch das war bisher unbekannt, wie das Quecksilber im syphilitischen Organismus sich quantitativ verteilt. Im Rahmen dieser Arbeit möchte ich hauptsächlich die zweite Frage beantworten.

Zur Untersuchung der Quecksilberverteilung im Organismus stehen uns zwei gangbare Wege zur Verfügung: 1. der histo-chemische Nachweis, 2. die quantitative Analyse. Beide Methoden sind zum Studium der Verteilung, Aufspeicherung und Ausscheidung von Metallsalzen gebräuchlich, allein sind ihre Richtungen und Ergebnisse keine einheitlichen, denn der histo-chemische Nachweis kann nur bis zu einem gewissen Grade als quantitative Methode gelten, er gibt über die Ablagerung der Metallkörnchen in den verschiedenen Zellen und Geweben Aufschluß, die quantitativ-analytischen Methoden dagegen zeigen das Gewicht des Metallsalzes, bzw. Metalles in einem gesunden oder kranken Gewebsstück von bestimmtem Gewicht. Uns hat vor allem die quantitative Bestimmung des Quecksilbers interessiert, d. h. die Frage, ob die syphilitischen Exantheme (z. B. Condylomata lata) mehr, weniger oder dieselben Quecksilbermengen enthalten als gesunde Hautstückchen von gleichem Gewicht desselben Kranken?

Ehrlich hat zum ersten Male darauf aufmerksam gemacht, daß die Verteilung der Arzneimittel vor allem von ihrer chemischen Struktur abhängig sei und auch ihre pharmakologische Wirkung zum größten Teile auf diesen Umstand beruhe. Die meisten Arzneimittel sind in bezug auf ihren Wirkungsmechanismus bis heute unbekannt; unsere therapeutischen Mißerfolge sind zweifellos durch die Unkenntnis ihrer Verteilung bedingt, tieferes Eindringen in diese komplizierte Frage und neuere therapeutische Richtlinien lassen sich wahrscheinlich nur durch diesbezügliche Versuche gewinnen.

Ehrlich hatte sich mit dieser Frage noch am Ende des vorigen Jahrhunderts (1885—1895) eindringlich beschäftigt, er hat hauptsächlich die Verteilung von Farbstoffen (Methylenblau, Bismarckbraun) im Organismus mittels makro- und mikroskopischer Methoden untersucht. Er hatte es festgestellt, daß die Farbstoffe und die Alkaloiden gegen gewisse Organe und Gewebe eine besondere Affinität aufweisen. Zum ersten Male wurde hiermit die ungleichmäßige Verteilung von den dem Organismus einverleibten Fremdstoffen (Farbstoff) gezeigt. Ehrlich fand zu solchen Untersuchungen die Farbstoffe für besonders geeignet, seitdem hatte es sich aber herausgestellt, daß sie sich zu genauen quantitativ-chemischen Untersuchungen nicht sehr eignen. Bald erschienen nach Ehrlich zahlreiche ähnliche Arbeiten, welche nicht nur über die ungleichmäßige Verteilung von Farbstoffen, sondern auch von einzelnen Medikamenten berichteten, besonders aber hervorhoben, daß der kranke Organismus, d. h.

Digitized by Google

die kranken Organe gegen gewisse Medikamente eine gesteigerte Bindungsfähigkeit aufweisen, d. h. aus den einverleibten, im Blut- und Lymphstrom kreisenden Substanzen, i. e. Medikamenten, entsprechend ihrer Affinität größere Mengen zu binden und aufzuspeichern imstande sind.

Der histochemische Nachweis von Metallen ist schon seit längerer Zeit bekannt. Paralell mit der chemischen und histochemischen Entwicklung in den letzen 2—3 Dezennien war in dieser Hinsicht ein Aufschwung zu beobachten, so daß die neueren Methoden schon zur Darstellung jener Zellen geeignet sind, welche die Metalle aufnehmen, speichern und ausscheiden. Bedingungen für die histochemischen Methoden sind: absolute Spezifität und schöne Kontrastfärbung.

JUSTUS — zweifellos ein Bahnbrecher auf diesem Gebiet — hat sich mit dem histochemischen Nachweis von Quecksilber und Arsen schon am Ende des vorigen Jahrhunderts beschäftigt. Nach langen, schwierigen Versuchen hat er eine Methode ausgearbeitet mit deren Hilfe sich kleinere oder größere Quecksilbersulfidkörnchen in den Nierenknäueln, in der Leber, im Darm, in den Herzmuskelbündeln, in der Haut, besonders aber in den Leukozyten und den roten Blutkörperchen nachweisen lassen. Nach JUSTUS haben sich POLLIO, FISCHEL, SIEBER, ALMKVIST, neuerdings CHRISTELLER mit diesem Thema befaßt, aber fast ein jeder arbeitete nach eigener Methode, was die Einheitlichkeit der Ergebnisse vereitelte, mithin ist diese Frage noch jetzt heiß umstritten. Um den histologischen Nachweis des Wismuts haben sich CHRISTELLER, dann KOMAYA GINGI bemüht, der die zum quantitativen Nachweis dienende LÉGER- (LÉGER-Reagenz: Cinchonin 1,0, Jodkali 2,0, Aqua dest. 100,0) und H_2S-Methode zu histologischen Zwecken modifiziert hat. Das Wismut kann man 3—14 Stunden nach der Einverleibung hauptsächlich in den parenchymatösen Organen: in der Leber, Milz, Niere antreffen, an anderen Stellen in viel geringeren Mengen. SHUSAKU KUROSU hat die Goldverbindungen (Sanokrysin) bei gesunden Tieren hauptsächlich in den Ausscheidungsorganen (Darm, Nieren, Leber, Milz, Lungen und Haut) reichlicher gefunden, bei tuberkulotischen Tieren dagegen hauptsächlich in den erkrankten Organen (Lungen, Leber, Milz und Lymphknoten), aber nicht im Krankheitsherd selbst, sondern in seiner Nachbarschaft.

Nach quantitativ-chemischen Untersuchungen von LOEB kann man das eingeführte Jodkali bei gesundem Organismus im Gehirn, Rückenmark und Fett überhaupt nicht antreffen, in der Leber, in den Hoden, im Darm schon eher, das Blut, besonders aber die Schilddrüse, enthalten große Mengen von ihm. LOEB und MICHAUD hatten die Verteilung des Jods im tuberkulotischen, also kranken Organismus (Kaninchen, Meerschweinchen) untersucht und fanden, daß die an Tuberkulose erkrankten Organe ungefähr 1—3mal soviel Jod enthielten, als die gesunden. Besonders die stark tuberkulotischen, käsigen Organe enthielten am reichlichsten Jod. Ein Krebskranker von R. VON DEN VELDEN erhielt knapp vor dem Tod intramuskulär eine große Menge von Jod. Die kanzerösen Gebilde nahmen kleinere oder größere Mengen Jod auf, die gesunden Gewebe blieben dagegen jodfrei. Von der Gesunden einverleibten Salizylsäure konnten JACOBI und BIONDI die größte Menge im Blute und in den parenchymatösen Organen nachweisen, die gesunden Gelenke zeigten keine besondere Affinität gegen sie; wurden die Tiere vorher mit Staphylokokken infiziert, so hatten die Gelenke, ohne daß sie erkrankt wären oder von der Salizylsäure alteriert würden, erheblich mehr Salizylsäure gebunden. MÜLLER hat die Verteilung einer Quecksilberverbindung, die des Salyrgans, im gesunden Organismus untersucht. In der Knochenhaut, im Knochen, im Gehirn fand er kein Quecksilber, die Leber, Milz, das Fett, die Bauchspeicheldrüse, der Dünndarm, der Magen, das Blut, der Harn, die Nieren, der Dickdarm, die Gallenblase enthielten der Reihe nach mehr und mehr Quecksilber. BODNÁR und KARELL haben neuerlich (1929) Wismut mit einer 0,02 mg betragenden Empfindlichkeit nachgewiesen.

Aus diesen Versuchen geht es zweifellos hervor, daß die Verteilung der Medikamente durch die Umstimmung des Organismus hochgradig beeinflußt wird und daß sich der kranke und der gesunde Organismus in dieser Beziehung durchaus anders verhalten. Medikamenten, welche gegen gewisse Organe keine Affinität besitzen, kann nach EHRLICH diese Eigenschaft dadurch verliehen werden, daß sie an gewisse chemische Gruppen gekuppelt und so spezifisch organotrop gestaltet werden. Eben-

Digitized by Google

falls wies Ehrlich darauf hin, daß das Methylenblau nur dann gewisse Nervenendigungen zu färben vermag, wenn es an nicht färbende Substanzen aus der Triphenylmethanreihe gebunden ist.

In dieser Beziehung sind die Versuche Heubners mit Goldpräparaten ungemein interessant. Das einem gesunden Organismus einverleibte (Kaninchen) Goldkolloid (Goldprotasin) zeigte dem retikulo-endothelialen System gegenüber eine auffallende Affinität, und das Gold konnte in der Leber, Milz und Galle in großen Mengen gefunden werden, dagegen können nicht kolloidale, komplexgebundene (Sanokrysin, Lopion) Goldverbindungen auch in anderen Organen und Geweben angetroffen werden, freilich auf Kosten des Goldgehaltes der Leber. Die Versuche von Heubner beweisen es zweifellos, daß bei der Verteilung der Goldpräparate nicht das Goldmetall, sondern vielmehr die chemische Verbindung die Hauptrolle spielt. Loeb hat das nicht neurotrope Jod an lipoidlösliche Substanzen gebunden und dadurch das Jod auch dem Gehirn, Rückenmark und Fettgewebe zuführen können. Zu diesen Versuchen verwendete er vor allem Jodoform, Jodanilin und Jodäthyl. Solche Versuche — histochemischer und quantitativer Nachweis von Medikamenten, Giften — wurden in den letzten Jahren zahlreich veröffentlicht, an dieser Stelle habe ich nur die Arbeiten von bahnbrechender Bedeutung erwähnt.

Meine nachstehenden Versuche gingen darauf hinaus, um es festzustellen, wieviel Quecksilber nach einer gewissen Behandlungsdauer mit Sublimat in den syphilitischen Effloreszenzen und in gesunden Hautstücken von gleichem Gewicht aufgespeichert werden, also wie sich die Affinität syphilitischen und gesunden Hautgewebes gegenüber Quecksilberverbindungen verhält? Zu diesem Zwecke gaben wir an Condyloma latum erkrankten Patienten binnen 2—4 Wochen 15—20 cg Sublimat, schon nach Erscheinen von leichten Vergiftungserscheinungen (ausgesprochene Stomatitis, Diarrhoe, Eiweiß in Spuren usw.) setzten wir die Behandlung aus, und 3—4 Tage nach der letzten Sublimatinjektion haben wir die breiten Kondylome chirurgisch abgetragen und zu vergleichenden Untersuchungen der gesunden Haut gleich große Stücke entnommen. Zu Beginn unserer Versuche (1925—1927) haben wir verschiedene quantitative Methoden geprüft, aber keine erwies sich zum Nachweis der in der Tabelle angeführten kleinen Gewichtsmengen genug empfindlich, bis endlich die Ultramikromethode von Bodnar (Biochem. Zschr., 1929, Bd. 205, H. 1—3) allen Anforderungen vorzüglich entsprach, da mit ihrer Hilfe schon Quecksilbermengen von 0,04 γ sicher nachgewiesen werden können. Prof. Bodnar war so liebenswürdig, die Versuche im chemischen Institute auszuführen. Die Kaninchensyphilis weicht von der Menschensyphilis klinisch, biologisch, morphologisch, ja auch therapeutisch in vieler Beziehung ab, mithin beschränkten wir uns ausschließlich auf menschliches Material. Somit dürfte es für klar erscheinen, daß die Materialsammlung eine geraume Zeit in Anspruch nahm, denn größere Gewebsentfernungen (besonders von der gesunden Haut) nur mit Einwilligung der Kranken vorgenommen werden konnten.

Die Gewichtszahlen bei jeder Versuchsnummer beziehen sich auf ein und denselben Kranken. Um der leichteren Überblickbarkeit willen haben wir die eingeführten Quecksilbermengen, die Zahl und Abstand der einzelnen Injektionen vernachlässigt, da es sich ja nur um vergleichende, relative Werte handelt, d. h. um unter ganz gleichen Verhältnissen in syphilitischen und gesunden Hautstücken von gleichem Gewicht aufgespeicherte Quecksilbermengen bei ein und demselben Kranken.

Digitized by Google

Versuchsprotokoll

Nr.	Gesundes Hautgewebe		Syphilitisches Hautgewebe (Kondyloma)	
	Gewicht des Materials g	Hg-Menge γ	Gewicht des Materials g	Hg-Menge γ
1	5,550	2,97	5,550	22,75
2	1,56	3,78	1,56	12,68
3	2,1521	1,29	2,1521	1,23
4	1,721	Spuren[1])	1,721	10,50
5	1,010	16,90	1,010	22,18
6	4,053	1,02	4,053	3,60
7	13,310	3,85	13,310	4,86
8	—[2])	4,77	—[2])	43,46

Aus der obigen Tabelle geht also einwandfrei hervor, daß unter 8 Fällen in 7 in den syphilitischen Effloreszenzen größere Quecksilbermengen angehäuft wurden als in dem gesunden Hautgewebe. Der Unterschied ist in einigen Fällen sehr groß, z. B. die Versuchsnummern 1, 4 und 8 zeigen eine zehnfache, die anderen kleinere Vermehrung, bei Nr. 3 sind die Werte fast gleich.

Welche Folgerungen lassen sich aus meinen Versuchen ziehen? Zweifellos besitzt das syphilitische Gewebe eine gesteigerte Bindungsfähigkeit dem Quecksilber gegenüber. Die syphilitischen Effloreszenzen vermögen also größere Quecksilbermengen aus dem Blut- und Lymphstrom an sich zu reißen und zu binden, und zwar Mengen, welche im Falle einer gleichmäßigen Verteilung ohne Vergiftungsgefahr gar nicht in die krankhaften Veränderungen gelangen könnten, d. h. der kranke Organismus verträgt größere Mengen von gewissen Medikamenten als der gesunde, weil die Krankheitsherde sie aufspeichern und so die lebenswichtigen Organe (Gehirn, Rückenmark) verschonen. In diesem Sinne müßte man in der Zukunft solche Quecksilberpräparate (per analogiam andere Antisyphilitika, z. B. Arsen, Wismut, diesbezügliche Versuche stehen noch aus) darreichen, welche infolge ihrer chemischen Struktur gesteigerte Affinität dem syphilitischen Gewebe gegenüber besitzen möchten, und es ließe sich vielleicht erreichen, daß solche mit geeigneter chemischer Struktur ausgestattete Verbindungen in noch höherem Maße in den kranken Geweben aufgespeichert würden. Man weiß es übrigens noch nicht, wie lange das Quecksilber in den Krankheitsherden verweilt, ob die chemische Struktur auch hierin von Einfluß ist? Es wirken nicht immer die lange Zeit deponierten Medikamente am besten, aber die Quecksilberwirkung beruht par excellence an einer Kumulation, es stellen sich erfahrungsgemäß nur äußerst selten Rezidive ein, bis Quecksilber im Organismus vorhanden ist (Harnkontrolle). Man könnte mit Hilfe ähnlicher Versuche — d. h. Bestimmung von Größe und Zeitdauer der Aufspeicherung — jene ge-

[1]) War quantitativ nicht bestimmbar. — [2]) Auch im Versuch 8 haben wir gesunde und kranke Gewebstücke von gleichem Gewicht untersucht, nur wurden die Gewichtszahlen während des Versuches abgewischt.

Digitized by Google

eignetsten Quecksilberverbindungen ausfindig machen, von welchen vielleicht viel kleinere Mengen zur Erreichung desselben Resultats genügen möchten, und auf diese Weise würde man den Organismus vor Quecksilberschädigungen leichter verschonen können.

Es wäre sehr interessant zu untersuchen, wie sich nicht syphilitische, aber anderwärtige entzündliche, neoplastische oder Granulationsgewebe dem Quecksilber gegenüber verhalten. In dieser Richtung hin habe ich meine Versuche nicht ausgedehnt und auch in der Literatur keine diesbezüglichen Angaben gefunden, aber aller Wahrscheinlichkeit nach verhalten sich Erkrankungen anderer Ätiologie bis zu einem gewissen Grade ähnlich; in meiner Arbeit über die „Unspezifität der Antisyphilitika" habe ich im Kapitel „die Behandlung nicht syphilitischer Erkrankungen mittels Antisyphilitika" auf jene Erkrankungen hingewiesen (Augenheilkunde: sympathische Ophthalmie, Iritis plastica, Chorioiditis, retrobulbäre Neuritis, Panophthalmitis usw., Nervenheilkunde: Pseudotumor cerebri, Gliom, Sarkom usw.), welche auf die Quecksilbertherapie gut ansprechen. Vielleicht läßt sich die Heilung von Verruca vulgaris auf Quecksilbertherapie ebenfalls auf diese Weise erklären?

Ich hege bei weitem nicht die Absicht, aus diesen Versuchen eventuell endgültige, oder gar weittragende Schlußfolgerungen ziehen zu wollen, sie sollen nur ein Kettenglied in der langen Versuchsserie repräsentieren, die ich auf eine Erklärung der Wirkung der Antisyphilitika abzielend bereits vor zwei Jahrzehnten begann, als noch mit wenig Ausnahme alle Verfasser von der spirochätoziden Wirkung des Quecksilbers überzeugt waren. Aus meinen Untersuchungen geht nur das hervor, daß die syphilitischen Effloreszenzen viel mehr Quecksilber zu binden imstande sind, als das gesunde Hautgewebe, aber bei weitem nicht solche Mengen, die spirochätozid wirken könnten. Meiner Ansicht nach werden die Zellen in den syphilitischen Granulationen durch das aufgespeicherte Quecksilber gereizt, aktiviert, infolgedessen sie in gesteigertem Maße spezifische Schutzstoffe produzieren, welche dann den ganzen Organismus überströmen. Mit der Überproduktion von Schutzstoffen in den Syphilisherden — während und nach der Quecksilberkur — beschäftige ich mich schon seit längerem, diesbezügliche Versuche sind auch noch im Gange, sie bekräftigen allem Anscheine nach meine oben dargelegte Ansicht in jeder Beziehung.

Literatur

1. Bodnár u. Karell, Die Bestimmung kleiner Wismutmengen im Harn und in Organen. Biochem. Zschr., 1928, Nr. 199, S. 29—40. — 2. Le Blanc, Über die Wirkung des Sanokrysins. M. m. W., 1926, Bd. 73, S. 313. — 3. Bondy u. Jacoby, Hofmeister Beitr., Bd. 7, H. 10/11, S. 514. — 4. E. Christeller, Histochemischer Nachweis des Wismuts in den Organen. M. Kl., 1926, Bd. 116. — 4a. G. Komaya, Über eine histochemische Nachweismethode der Resorption, Verteilung und Ausscheidung des Wismuts in Organen. Arch. f. Derm., 1925, Bd. 149, S. 277. — 4b. Hansborg, Untersuchung über Zirkulation, Ausscheidung und Ablagerung des Goldes bei Sanokrysinbehandlung. Acta tub. scandinav, 1, 255, 192, 5. — 5. W. Heubner, Experimentelle Untersuchungen über einige Goldpräparate. Kl. W., Jahrg. 8, Nr. 9, S. 393. — 6. M. Jacoby u. Bondy, Beiträge zur chemischen Physiologie und Pathologie, 7, 10/11. — 7. M. Jacoby,

Digitized by Google

Über ein neues pharmakologisches Grundgesetz. Zschr. f. Chir., Sonnenburgfestschrift 1908. 7a. S. Kurusu, Ein histochemischer Goldnachweis, zugleich ein Beitrag zur Frage der Verteilung und Ausscheidung des Sanokrysins im gesunden und tuberkulösen Körper. Zschr. f. d. ges. exper. M. — 8. O. Loeb, Die Jodverteilung nach Einfuhr verschiedener Jodverbindungen. Arch. f. Path. u. Pharm., 56, 320. — 9. Loeb u. Michand, Über die Verteilung des Jods bei tuberkulösen Tieren. Biochem. Zschr., Bd. 3, S. 307. — 10. O. Loeb, Die Jodverteilung nach Einfuhr verschiedener Jodverbindungen. Schmiedebergs Archiv, 57. — 11. Müller, Über die Verteilung des Quecksilbers auf die verschiedenen Organe von Hunden nach Salyrganinjektionen. D. m. W., 1928, Bd. 54, Nr. 45, S. 1881. — 12. R. von den Velden, Weitere Beiträge zur Jodverteilung. Biochem. Zschr., Bd. 21, S. 123. — 13. R. von den Velden, Zur Jodverteilung unter pathologischen Verhältnissen. Biochem. Zschr., Nr. 9. — 14. Vámossy u. Schönfeld, Die Bestimmung des Quecksilbers in kleinen Mengen. — 15. Neuber, Beeinflußt die Quecksilberbehandlung die Schutzstoffe des Organismus? Arch. f. Derm., 105, H. 1—2. — 16. Neuber, Die Beeinflussung der Phagozytose nach Darreichung einiger Antiluetika (Sublimat, Kalomel, 606). Arch. f. Derm., Bd. 108, H. 1—3. — 17. Neuber, Über die Unspezifität der Antisyphilitika. Arch. f. Derm., Bd. 147, H. 3.

Aus dem Ambulatorium für Haut- und Geschlechtskrankheiten des jüdischen Spitals in Krakau (Polen) (Direktor: Dr. Jan Landau)

Die prophylaktische Zirkumzision

Von

Ordinator Dr. Henryk Leuchter

Durch die in der Derm. W., Nr. 27, von Zarubin (1) veröffentlichte Abhandlung angeregt, möchte ich folgendes beitragen.

In der erwähnten Abhandlung hat Zarubin einen Fall von tuberkulöser Ulzeration am Penis eines neugeborenen Judenknaben, infiziert infolge ritueller Zirkumzision durch den mit Tuberkulose behafteten Beschneider, mitgeteilt, welcher mit einer galoppierenden generalisierten Phthise endigte. Er sagt gleichzeitig, daß dies nur ein einziger — im Laufe seiner mehr als 35jährigen Tätigkeit — beobachteter Fall sei.

Bei uns in Krakau hatte ich Gelegenheit, vor 3 Jahren auf der dermatologischen Klinik 2 ähnliche Fälle zu beobachten, auch hatte ich zur selben Zeit einen gleichen Fall in meiner Privatpraxis. Alle 3 Fälle wurden auf dieselbe Weise, wie der von Zarubin, infiziert. Den Krankheitsverlauf dieser Fälle kann ich nicht angeben.

Es unterliegt keinem Zweifel, daß derartige Fälle von Zeit zu Zeit vorkommen. Gewiß entstehen hierbei noch andere Komplikationen, wie Erysipel, Phlegmone und sogar Sepsis, sowie luetische Infektionen. Daß diese Unglücksfälle verhältnismäßig selten vorkommen, müssen wir den Widerstandskräften des Neugeborenen zuschreiben.

Nichtsdestoweniger müssen wir die rituelle Zirkumzision in der Form, wie sie eben en masse ausgeführt wird, als schädlich betrachten, und sollte sie deswegen von den zuständigen Behörden verboten werden.

Betrachten wir den weiteren Lebenslauf des Jünglings in seiner sexuellen Reifezeit.

Wir müssen hier 2 Hauptgruppen unterscheiden: den zirkumzidierten und nichtzirkumzidierten Mann.

M. Joseph (2) gibt an, daß er auf 1250 Syphilisfälle der Poliklinik resp. 383 der Privatpraxis bei Nichtzirkumzidierten — dagegen 29 resp. 71 Fälle von Syphilis bei Zirkumzidierten sah — und meint: „daß in den hartnäckigen Fällen rezidivierender Balanitiden die Zirkumzision höchstwahrscheinlich wenigstens etwas zur persönlichen Prophylaxe der Lues beitragen kann".

Nach H. Loebs (3) Beobachtung: „scheint aber die Zirkumzision sogar imstande zu sein, die Häufigkeit der Syphilisinfektion auf über die Hälfte ihrer Ausbreitung (von 39,1% der geschlechtlichen Krankheiten auf 15,9%) zu vermindern".

Diese Behauptungen lassen sich folgendermaßen erklären.

Nach Scherber (4): „erscheint das innere Blatt der Vorhaut auffällig glatt, zart und glänzend, ähnelt in dieser Eigenschaft einer Schleimhaut. Histologisch ist dasselbe

Digitized by Google

von Plattenepithel überkleidet und weist subepithelial keine Schleimdrüsen, wohl aber Talgdrüsen auf. Wird der Vorhautsack einige Tage nicht gründlich gereinigt, so sammelt sich bei verschiedenen Menschen in wechselnder Menge der Vorhautschmer, das Smegma an. Die Flora des Vorhautsackes ist sehr reichlich und besteht außer dem Smegmabazillus aus Eiterkokken, Pseudodiphtherie- und Kolibazillen, Bazillen der Typhusgruppe, fadenförmigen Spirochäten usw., ist also recht mannigfaltig".

Derselbe: „Von Interesse ist zu erwähnen, daß sich in normalem Smegma recht oft pathogene Kokkenformen, wie auch gramnegative anaërobe Bazillen vorfinden. Durch protrahierten, impetuösen Koitus, durch längeres Verweilen von Fremdkörpern im Vorhautsack entstehen mehr oder weniger ausgebreitete Entzündungsherde, die durch Rötung, Nässen und Bildung unregelmäßiger Erosionen charakterisiert sind. Als Ursache dieser Entzündung ist das Trauma allein zu bezeichnen."

Also feuchtes, lockeres, zartes, leicht vulnerables Gewebe, Sekretion von ätzender Flüssigkeit, Zersetzungsprozesse, bei Mitwirkung unspezifischer oder spezifischer Mikroorganismen, Exulzerationen durch mechanische Reize, die da ausgeübt werden, das sind die gemeinsam stets dieselben hier bestehenden ätiologischen Momente, die bei der Entstehung verschiedenartiger Krankheitsprozesse, die entweder allein für sich, oder kombiniert mit anderen oder als Begleiterscheinung gleichzeitig auftretender mehrerer Einzelkrankheiten, mitwirken.

Derselbe: „Interessant ist, daß bei Bestehen des Balanitisprozesses das Offenhalten des Präputialsackes einen nicht zu leugnenden, heilenden Einfluß ausübt, es erklärt sich die Tatsache, daß bei der Oberflächlichkeit des Prozesses der Sauerstoff der atmosphärischen Luft hemmend auf die Entwicklung des streng anaëroben Virus einwirkt. Daß der Prozeß in der größten Mehrzahl der Fälle sich im Sulcus coronarius am lebhaftesten entwickelt, hat darin seinen Grund, daß der hier im Sulkus eingebrachte Krankheitsstoff leicht haften bleibt, das Epithel durch das mehr oder weniger feuchte Smegma aufgelockert und für das Eindringen des Virus empfänglicher ist, und weil hier der für Haftung unbedingt nötige Luftabschluß am ehesten gesichert ist."

Dies alles Gesagte gilt sowohl für die verschiedenartigen Balanitiden (erosiva, gangraenosa, diätetische, bei exanthematischen Allgemeinerkrankungen, bei Gonorrhoe, vulgäre Balanitis), wie auch für Condylomata acuminata, für die entzündliche erworbene Phimose (auch die kongenitale kommt weiter in Betracht), die Paraphimose, wie auch für das Ulcus venereum (Ulcus phagedaenicum), bei Mitwirkung des Bazillus Ducrey-Unna und damit verbundene Phlegmone, Gangrän, manchmal auch sich daraus entwickelnde Sepsis — sogar für das Carcinoma penis.

Albert (5), Lehrbuch der Chirurgie (herausg. von Hochenegg), Bd. 2, S. 895: „Ein großer Prozentsatz der Kranken litt an Phimose und an langwierigen Entzündungen im Präputialsack, es kommt zu Metaplasie des Epithels, welches endlich in atypische Wucherung gerät."

Bergmann und Bruns (6), Handbuch der praktischen Chirurgie, Bd. 4, S. 587—588: „Ätiologisch für Karzinoma: Phimose, Anhäufung der Präputialsekrete und der durch vielfache Entzündungen veranlaßte Reizzustand, Ulzerationen aus einer kleinen Warze. Trauma, Kontusion. Sitz des Karzinoms: inneres Blatt des Präputium oder aus den Papillen der Corona glandis, im Sulkus und Glans." Ganz zuletzt sind es auch dieselben ätiologischen Momente hier (bei Anwesenheit der Spirochaeta pallida) für die syphilitische Infektion.

Für alle diese Krankheiten, mit Ausnahme der Syphilis, weichen Schanker und Karzinoma gilt einzig und allein als radikale Heilmethode die Zirkumzisionsoperation.

Was die Häufigkeit der Lokalisation von Initialsklerose betrifft, so führt Ehrmann (7) aus der Neumannschen Klinik vom Jahre 1899 folgende Zahlen an: Die durch das Präputium bedeckten Stellen, detailliert: Lamina interna, Sulcus coronarius, Glans, Frenulum, Margo internus praeputii, 1984mal — gegenüber 162mal des übrigen Genitale: Cutis penis (Raphe), Skrotum, Mons Veneris; hier wurden nicht angeführt die Zahlen für seltenere Lokalisationen: die Urethra resp. Oriff. urethrae, sowie die para- und extragenitalen Sklerosen.

Zwar bin ich nicht in der Lage anzugeben, wie viele und ob welche unter den 1984 resp. 162 Fällen Zirkumzidierte oder auch Nichtzirkumzidierte waren, denn darüber macht Ehrmann keine Erwähnung. Auch in der Statistik von Finger (8) finden wir keine Erwähnung über dieses Thema. Dagegen schreibt letzterer im letzten Abschnitt über persönliche Prophylaxe der Syphilis, nachdem er viele verschiedene chemische Prophylaktika, verschiedene Desinfizientia, Reinheit, Waschungen des Genitale anführt:

Digitized by Google

„Bekanntlich erfolgt die Syphilisinfektion nur an einer Stelle, an der eine oberflächliche Erosion dem Virus den Eingang und die Festsetzung gestatten, und solche Erosionen kommen um so leichter zustande, je zarter und vulnerabler die Bedeckung ist. Glans penis, Sulcus coronarius und Innenblatt des Präputiums sind nun schon im Vorhinein dann am empfänglichsten, wenn langes Präputium die Glans deckt, so daß die Auskleidung des Präputialsackes mehr den Charakter einer Schleimhaut hat. Zartheit und Vulnerabilität werden aber zunehmen, wenn Ansammlung von Smegma, Zersetzung desselben und damit Irritation, entzündliche Zustände dieser Teile hervorrufen. Demgegenüber halte man jeden Jüngling an, täglich sein Präputium zurückzustülpen und den Präputialsack mit Seife und kaltem Wasser gründlich zu reinigen. Die damit erzielte größere Derbheit und Festigkeit der Auskleidung des Präputialsackes, Glans, Corona glandis, Sulcus coronarius, innere Lamelle des Präputiums, geben einen relativen Schutz vor Infektion, ähnlich wie dies die Orientalen auf dem Wege der Zirkumzision erzielten." Mit diesen Worten schließt Finger den 3. Teil des 3. Bandes auf S. 2723 das großangelegte Handbuch der Geschlechtskrankheiten von Finger, Jadassohn, Ehrmann und Gross. Diese letzten Worte Fingers sind aber nur eines großen Menschenfreundes inniger Herzenswunsch, der leider im allgemeinen nicht erfüllt wird; so manches Gute wünschen wir uns und unseren Angehörigen, gutwillig geschieht es aber selten und daher ist Zwang notwendig; dieser Zwang ist die zu Gebot gewordene Zirkumzision.

Und es stellt sich heraus, wie ich es — ich glaube genügend — bewiesen habe, daß zufällig der für rituelle Zwecke sonst in schädlicher Weise bereits zirkumzidierte Jüngling, ein ganz den wissenschaftlichen Anforderungen entsprechendes Prophylaktikum verschiedener Genitalerkrankungen, im großen Prozentsatz auch der Syphilis erwarb.

Diese meine Auffassung ist aus dem eben angeführten ganzen Aufsatz, Daten und Zitaten bereits genannter Autoren von selbst mit Leichtigkeit ersichtlich. Der abgeschlossene Präputialsack mit seiner schleimhautartigen Auskleidung und Beherbergung von so vielen schadhaften Agentien, so vielen Feindseligkeiten ausgesetzt, zeigt sich als Gesundheitsfehler, der einer Korrektur bedarf. Diese wird mit einem Schlag durch die Zirkumzision radikal geschaffen. Alles Schlechte — weit und breit von autoritativer Seite bestätigt — wird durch die Zirkumzision für immer entfernt. Jetzt gibt es keinen Präputialsack mehr, keinen Luftabschluß, also keine Ansammlung von Smegma, verschiedener Bakterien, hauptsächlich der genannten Anaëroben, somit gibt's keine Nässe, keinen Zersetzungsprozeß und Fäulnisfermentation.

Frei von jeglicher Bedeckung hat sich die Glans, die Corona glandis, der Sulcus coronarius beim bereits zirkumzidierten Manne den äußeren atmosphärischen und mechanischen Einflüssen derart angepaßt, daß sie gegen die sogar impetuösen Traumen widerstandsfähig geworden und die am meisten der Infektion, also auch der Syphilis, ausgesetzten Stellen verfügen jetzt (beim bereits zirkumzidierten Manne) über ein straffes, derbes, festes, schwer vulnerables Gewebe. Die verschiedenen Balanitiden, Phimosis, Paraphimosis, Gangrän und dadurch verursachte allgemeine schwere Zustände, Condylomata acuminata bestehen ja niemals bei Zirkumzidierten, weil sie zu ihrer Entstehung das Präputium mit allen darunter enthaltenen ätiologischen Momenten brauchen. Ulcera mollia und Penissklerosen kommen auch bei Zirkumzidierten vor, aber durch die Entfernung des Präputiums und dadurch günstiger geschaffene Lokalverhältnisse, viel seltener. Leider kann ich hier keine genauen Zahlen anführen, aber jedem Kliniker, Spital- und Krankenkassenarzt, Privatpraktikern ist das gut bekannt; aus den angeführten Daten von Joseph, Loeb, auch aus den Zahlen Ehrmanns und allen übrigen angeführten Motiven ist dieses leicht ersichtlich. Im jüdischen Spital in Krakau in der Ambulanz für Haut- und Geschlechtskrankheiten, welches nur von Juden besucht wird, kommen bei mir jährlich 3—4 frische Syphilisfälle auf 1500 kranke Ambulante vor. Noch einen Beweis, welch große Rolle die Zirkumzision spielt als Prophylaktikum, speziell der Syphilisinfektion, bietet auch die bekannte Tatsache, daß die prozentuellen Zahlmißverhältnisse bei Syphilisinfektion beider angeführten Gruppen: der Zirkumzidierten und Nichtzirkumzidierten, bei Gonorrhoeinfektion nicht bestehen. Hier ist das prozentuelle Verhältnis ein gleiches.

Damit aber die Zirkumzision kein Unglück nach sich ziehe und ihrem späteren Ziele entspreche, wäre es angezeigt, daß diese nicht dem Zwecke des Ritus und dem Aberglauben, also nicht in einer jedem medizinischen Sinne spottender Art durch Unbefugte, manchmal kranke und immer mit dem Begriffe der Asepsis vollkommen unvertraute Beschneider („Mohel") ausgeübt werde, sondern durch Ärzte, laut schärfsten

Digitized by Google

chirurgisch-aseptischen Kautelen, durch entsprechende sanitäre Behörden beaufsichtigt und durch entsprechende wissenschaftlich bearbeitete Gesetzgebung geregelt werde, genau so wie die — mutatis mutandis — von JÄNNER als Prophylaxe der Pocken eingeführte Vakzination.

Auf diese Weise könnte man anstatt einer rituellen Zirkumzision eine „Schutzzirkumzision", ich meine darunter eine persönliche Mannesprophylaxe der verschiedenen Krankheiten des Penis, hauptsächlich aber der Syphilis, als den wissenschaftlichen Forderungen vollkommen entsprechend schaffen.

Die rituelle Zirkumzision, wie aus dem bereits Angeführten hervorgeht, hat sich zufällig als dazu gelungenes Experiment in vivo, als eine für den erwachsenen Mann allgemeine, sozial viel Gutes versprechende **prophylaktische Zirkumzisionsmethode** erwiesen.

Selbstverständlich verlangt dieses Thema eine genauere statistische Zusammenstellung und allseitige Kritik vieler auf diesem Gebiete arbeitender Forscher.

Literatur

1. VALENTIN ZARUBIN, Derm. W. vom 6. 7. 1929, Nr. 27. — 2. MAX JOSEPH, Geschlechtliche Krankheiten, 2. Teil, S. 234. — 3. R. LOEB, Geschlechtliche Krankheiten. 2. Teil, S. 234. — 4. SCHERBER, Die Balanitis, Condylomata acuminata. Handb. d. Geschlechtskrkh., 1. Bd. — 5. ALBERT, Lehrbuch der Chirurgie von HOCHENEGG, Bd. 2, S. 825. — 6. BERGMANN u. BRUNS, Handb. d. prakt. Chir., Bd. 4, S. 587. — 7. EHRMANN. Handb. d. Geschlechtskrkh., Bd. 1: Phimose, S. 230; Paraphimose, S. 247. — 8. FISCH. Handb. d. Geschlechtskrkh., 3. Teil, Bd. 3, S. 2723 und die vorigen: Statistik und Prophylaxe der Geschlechtskrankheiten, FINGER, JADASSOHN, EHRMANN, GROSZ.

Versammlungen

Deutsche Dermatologische Gesellschaft in der tschechoslowakischen Republik

Sitzung vom 15. XII. 1929

Winternitz: 1. Hypophysäre Adipositas mit Raynaud-ähnlichen Veränderungen der Finger luetischer Ätiologie.

46jähr. Frau. Beginn der Menses im 20., Aufhören im 37. Lebensjahre. 1921 Iridocyclitis luetica, WR positiv. Nach einer kombinierten Kur Besserung. Nachher keine Weiterbehandlung. Angeblich nach der Kur dick geworden. 1929 Sensibilitätsstörungen der Finger und Unterarme. Fettverteilung von hypophysärem Typus (Institut Biedl). Röntgenbild der Hypophyse o. B. Kapillarmikroskopie (Dr. Lang, Poliklinik) Angioneurose. Leichte Besserung nach Thyreoidin und Jodalose.

2. Ichthyosis congenita larvata.

Demonstration des bereits öfters gezeigten Falles. Jetzt schwere Psoriasis der Handteller, Fußsohlen und Beugen.

Wagner, R.: 1. Ichthyosis simplex.

26jähr. Frau. Auftreten im 1. Lebensjahre. Nebenbefund Perniones.

2. Follikelzysten unter dem Bilde eines Syringozystadenoms.

Pick: 1. Hyperkeratose des linken Handtellers.

45jähr. Pat. Seit 1 Jahr bestehend. Pilze negativ. Affektion jeglicher Therapie gegenüber refraktär. Ätiologisch kommt möglicherweise Arsen in Betracht.

2. Pityriasis rosea.

14jähr. Knabe. Herde am behaarten Kopf und im Gesicht. Primäraffekt über dem linken Schulterblatt. Am Rücken schneidet die Affektion in einer geraden Linie über dem Sakrum ab, entsprechend dem Gummiband der Unterhose. Vorn erstreckt sich die Affektion tiefer hinunter, besonders Penis und Umgebung stark befallen.

Bandler: Erythrodermie nach Psoriasis.

31jähr. Pat., seit 2. Lebensjahre Psoriasis. Hereditäre Belastung: Mutter Lupus, Vater Psoriasis. Die Pat. hat auch Psoriasis pustulosa durchgemacht. Jetzt eine rot glänzende, gespannte, infiltrierte Fläche, auf der zerstreut dicke Schuppen. Erythrodermie schon viele Jahre, die Haut verträgt außer Vaseline keine äußere Medikation.

Digitized by Google

Aus der deutschen Hautklinik.

Kreibich: Morbus Bazin des Gesichts.

29jähr. Pat. aus schwer belasteter Familie, auf der linken Wange ein nußgroßer, tiefer, derber Knoten. Unter dem rechten Ohr am Halse ebenfalls kleinere derbe Infiltrate. Vor dem Ohr ähnliche Herde, die von der Tiefe in die Höhe gestiegen sind, und vollkommen das Bild der Sklerodermie nachahmen. Durch die Spannung kommt ein sklerodermieartiger Glanz zustande, im Zentrum narbig atrophische Flecke von alabasterähnlichem Glanz, hinter dem Ohr diese Stellen pigmentiert. Die Diagnose Tuberkulose wird gestellt aus einer roten atrophischen Narbe in der Ohrmuschel ohne Sklerodermieähnlichkeit, aus Anamnese und Tuberkulinstichreaktion, die bei $^1/_{10}$ mg Alttuberkulin fast den ganzen Oberarm einnahm, und aus der Erwägung, daß Morbus Bazin der Unterschenkel beim Aufsteigen aus der Tiefe ähnliche Veränderungen auslöst.

Schoenhof: 1. Sclerodermie en bande.

19jähr. Pat., seit 1 Jahr heftige, anfallsweise auftretende, halbseitige Kopfschmerzen, von der linken Scheitelgegend gegen den medialen Augenwinkel ziehend. Zur selben Zeit an der rechten Stirnseite bandartige Sklerodermie, in der entsprechend dem Scheitel eine fingerbreite, bläulich-weiße, glänzende, atrophische Narbe, die von einem lila-rot gefärbten Hof umgeben ist, über die Stirne gegen den inneren Augenwinkel zieht.

2. Streifenförmige Sklerodermie des Unterschenkels mit torpiden Ulzerationen geheilt nach Röntgenbestrahlung der Wirbelsäulengegend.

Die seit Juli 1928 in Behandlung stehende Frau zeigte fleckenförmige Herde an Unterbauchgegend und Oberschenkel, sowie eine handbreite Handverdickung, die sich spiralförmig vom Knie über den linken Unterschenkel nach abwärts zog, Erscheinungen, die sich im Verlaufe von 4 Jahren entwickelt hatten. Außerdem an den Beinen Varikositäten und seit 2 Jahren im Bereiche der sklerodermisch verdickten Haut des linken Unterschenkels schmierig belegte Ulzerationen, die jeder Therapie getrotzt hatten. Nach Bestrahlung der Gegend des unteren Brust- und Lendenmarkes kamen unter Salbentherapie nicht nur die Geschwüre zur Abheilung, sondern ist auch die Hautverdickung mit Hinterlassung brauner Pigmentationen größtenteils geschwunden.

3. Mal perforant du pied, geheilt nach Röntgenbestrahlung der Wirbelsäulengegend.

43jähr. Mann, bei dem 1922 Tabes nachgewiesen wurde, die seit dieser Zeit vielfach behandelt worden, ohne wesentliche Besserung. 1925 ein Ulkus an der linken großen Zehe, 1927 zwei Geschwüre an der rechten Fußsohle und am rechten großen Zehenballen, die das Gehen fast unmöglich machten. Zugleich lanzinierende Schmerzen. März 1928 Röntgenbestrahlung des unteren Dorsal- und Lendenmarkes (je $^1/_2$ E.D. unter 0,5 mm Zink + 1,0 mm Al.-Filter). 14 Tage später unter Salbenbehandlung die Geschwüre am rechten Fuß verheilt, das am linken Fuß verkleinert. Zwei Bestrahlungen im März und August führten zu weiterer Besserung auch dieses Geschwüres und zum Nachlassen der lanzinierenden Schmerzen. September 1929 erschien Pat. mit phlegmonöser Entzündung der rechten Zehe, gleichzeitig hatte sich das Mal perforant vergrößert. Unter Röntgenschwachbestrahlung die entzündlichen Erscheinungen geschwunden und das torpide Geschwür fast verheilt, wobei dahingestellt sei, inwieweit eine gleichzeitig vorgenommene Neurosmonbehandlung die Heilung unterstützt hat.

4. Rhinophym mit Narben an der Stirn nach gummösen Veränderungen.

46jähr. Mann, der seit längerer Zeit an zunehmender Rötung der Nase und Wangen gelitten; vor 10 Jahren zunehmende Vergrößerung der Nase und Entwicklung rezidivierender flacher, bläulichroter Infiltrate der Stirn und Wangen, die zum Teil nach oberflächlicher Exulzeration ohne Behandlung unter Narbenbildung abheilten. Erst heuer wurde eine RW angestellt, die stark positives Resultat ergab. Nach spezifischer Behandlung sind die Infiltrate an Stirn und Wangen unter Zurücklassung ausgedehnter, flacher Narben geschwunden, die Vergrößerung der Nase, die alle Charaktere eines Rhinophyms zeigt, unverändert.

5. Verbrühung mit nachfolgender starker Pigmentation.

Soldat, der vor 10 Tagen scherzweise mit heißem Wasser begossen wurde, wodurch an der rechten Glutealgegend Verbrühung II. Grades, die bis auf einige Krusten verheilt ist. Auffallend ist die starke, scharf begrenzte Pigmentation, die noch dadurch, daß von dem handtellergroßen Herd am Gesäß ein schmaler pigmentierter Streifen über den Oberschenkel nach abwärts zieht, mehr an die Residuen einer Verätzung erinnert.

6. Pityriasis rosea.

Digitized by Google

Dufke: 1. Toxisches Exanthem bei Graviditat.

Schubweises Auftreten hellroter Flecke und Knötchen an den Extremitäten, vereinzelt am Stamm unter Fieber und Gelenksschmerzen bei 37jähr. Frau im 4. Mona. Fieberkurve zeigt septischen Charakter. Nach Abklingen des Fiebers Rückbildung unter Zyanose und leichter Pigmentation. Gynäkologisch und intern kein Anhaltspunkt für eine Toxinquelle. Blutkultur während des Fiebers negativ. Ätiologisch werden toxische Stoffwechselprodukte infolge Gravidität angenommen. Dauer der Erkrankung 6 Wochen. Bedeutende Besserung nach Omnadininjektionen.

2. Dermatitis herpetiformis.

31jähr. Frau. Dauer 16 Monate. Auftreten zu Beginn einer Schwangerschaft. Vor 7 Monaten Entbindung, Erkrankung besteht trotzdem unvermindert weiter.

3. Ulcus vulvae acutum.

24jähr. Pat. Zwischen großen und kleinen Labien beiderseits zwei 5 × 3 cm große Ulzera von auffallend derber Konsistenz. Oberfläche zeigt Nekrose und Eiterung. Rand leicht wallartig aufgeworfen. In der näheren Umgebung mehrere bis fünfkronengroße rundliche Geschwüre mit unterminierten Rändern und eitrigem Belage. Zwischen den Karunkeln mehrere stecknadelkopfgroße, eitrige, seichte Ulzera. In inguine erbsengroße Drüsen. Serologische Reaktionen negativ; Luetin schwach positiv. Im Ausstrich: Bacillus crassus, Ducrey-ähnliche Streptobazillen (Autoinokulation negativ), diphtherieähnliche Bazillen (Kultur und Tierversuch negativ), gramnegative Diplokokken. Prozeß seit 8 Wochen bestehend. Innerhalb von 10 Tagen unter Bi und Neosalvarsan und hellgrauer Salbe fast vollkommenes Abheilen. Gummöser Prozeß kann nicht mit Sicherheit ausgeschlossen werden.

4. Gummöse Lymphome.

Demonstration des im Oktober 1929 gezeigten Falles nach durchgeführter antiluetischer Therapie. Langsames Ansprechen der gummösen Tumoren.

5. Pemphigoide Pilzaffektion an der Planta.

An den Fußsohlen übergreifend auf den Fußrücken bis nußgroße aus verdickter Hornschicht bestehende Blasen, von einem erythematösen Hof umgeben. Blasenbasis rot, im Zentrum Epithelperlen. In der Blasendecke mikroskopisch ein dichtes Pilzmyzelgeflecht nachweisbar.

Samek: 1. Ulcus rodens giganteum.

54jähr. Pat., 1924 wegen eines flachen Ulcus rodens der linken Schläfe mit Röntgen bestrahlt. Nachher Besserung der Erkrankung, doch blieb Pat. der Behandlung fern. Oktober 1929 ausgedehntes Ulcus rodens vom linken äußeren Augenwinkel über die Wange auf das Ohr und retroaurikular 2 cm über die Haargrenze reichend, im Zentrum in tiefgreifendes Karzinom übergegangen.

2. Multiple Ulcera rodentia.

37jähr. Pat., Eisenarbeiter, vor vier Jahren am Nasenrücken ein Ulcus rodens auf dem Boden einer Verbrennungsnarbe. Seit der Zeit ohne auslösende Ursache an mehreren Stellen des Gesichts zahlreiche Ulcera rodentia. Keine Zeichen einer Lichtüberempfindlichkeit.

3. Boecksches Miliarlupoid.

Von E. Fischer in der letzten Sitzung vorgestellt, nach der von Schoenhof für Lupus erythematodes angegebenen Methode von den vergrößerten Halslymphdrüsen aus versuchsweise mit Röntgen bestrahlt. Nach 4 Wochen die zehnhellergroße elevierte Affektion vollständig zurückgegangen und nur noch durch leichte Rötung kenntlich.

Schoenhof berichtet über einen Fall, bei dem nacheinander ein Boecksches Sarkoid und ein Lupus erythematodes aufgetreten sind. Es handelte sich um eine 46jähr. Frau mit auf Nase und Wangen lokalisierten scharf begrenzten, flachen, tumorartigen Knoten von bräunlichroter Farbe, die histologisch dem Boeckschen Sarkoid entsprachen. Nachdem unter lokaler Röntgenbestrahlung der Halsdrüsen die Erscheinungen sich zurückgebildet haben, im nächsten Frühjahr neuerliche Eruption einer schmetterlingsflügelartig, Nase und Wangen einnehmenden, lebhaft roten und stark schuppenden Affektion, die auch histologisch Lup. eryth. zeigte und nach Röntgenbehandlung der Halslymphdrüsen zum Schwinden gebracht wurde. Das Nacheinanderauftreten beider Krankheitstypen macht einen inneren Zusammenhang bzw. die Annahme eines gleichen ätiologischen Faktors wahrscheinlich.

Bezecny: 1. Erythrodermie nach Ekzem.

Nach 3wöchiger Salbenbehandlung eines Ekzems der Unterarme bei einem Buchdrucker, Auftreten einer universellen Erythrodermie.

Digitized by Google

2. Tuberkulöses Ulkus mit satellitenförmig angeordneten Lupusknötchen.
Seit 12 Jahren Lupus an der linken Wange. Behandelt mit Röntgenkohlensäureschnee und Ätzsalben. Wegen Härte des Geschwürs und Andeutung eines wallartigen Randes Verdacht auf Karzinom Epitheliom. Histologie: Tuberkulöses Granulationsgewebe.

3. Roseaähnliches urtikarielles Erythem.
Pat. hat seit 4 Wochen impetiginöses Ekzem, an den Ohren beginnend mit Otitis externa. Vor einer Woche urtikarielles Erythem, konfluierend an einigen Stellen mit geringer kreisförmiger Schuppung.

Fischer, E.: Lichen nitidus generalisatus.
20jähr. Pat. Seit 1 Jahr bestehender Hautausschlag aus monomorphen Knötchen, etwa mohnkorngroß, kaum über das Hautniveau erhaben, eigentümlich glänzend, opak durchscheinend, gelblich gefärbt ohne merkliche exsudative Erscheinungen. Lokalisation an Handflächen, Beugeseiten der Handgelenke, Ellenbeugen, Ellenbogen, unter der Axilla, halsbandartig angeordnet am Nacken, an der Hinterseite der Ohrläppchen, in Form zweier Plaques am Kinn, hier ausnahmsweise anscheinend mit Betonung der Follikel und an Lichen scrofulosorum erinnernd. Histologie: Typische Tuberkelknötchen mit Riesenzellen im Papillarkörper gelegen, ohne Beziehung zum Follikel. Eine walnußgroße Drüse unter dem rechten Ohre, nach dem klinischen Bilde skrofulös. Die Drüse besteht 2½ Jahre, früher von ausgedehnter Vergrößerung der Halslymphdrüsen begleitet. Auf Alttuberkulin 0,2—0,5 subkutan keine Reaktion. Nach Einreibung mit diagnostischer Tuberkulinsalbe nach Moro, wenn auch positive so doch nur wenig intensive und relativ flüchtige (3—4 Tage) andauernde Reaktion im Bereiche der Effloreszenzen.

Weinberger: 1. Lues gummosa.
19jähr. Pat. März 1929 mac. Exanthem, kombinierte Kur. Vor 7 Monaten nach einer Geburt Exulzeration am äußeren Genitale. An den Innenflächen der kleinen Labien ein scharf begrenztes, infiltriertes Geschwür mit samtartiger Oberfläche. Histologie: Reichlich Plasmazellen, Fibroblasten, keine Gefäßveränderungen. Nach antiluetischer Therapie Besserung.

2. Lues pustulosa.
46jähr. Pat. Schweres pustulöses Exanthem unter dem Bilde einer Acne luetica. Zerfallene Plaques an Uvula und Tonsillen. Der Zerfall ist auf die vorangegangenen gehäuften Jodpinselungen zurückzuführen.

Kasztor: 1. Rezidiv 4 Wochen nach Beendigung einer kombinierten Kur.
23jähr. Pat. Chauffeur. Mäßiger Biertrinker. September 1929 Lues II. Rezidiv. Daneben Psoriasis an den Ellenbogen. 1. kombinierte Kur. 4,5 Neos. + 15 ccm Bi. Erscheinungen geschwunden. 4 Wochen nach der Kur schweres Rezidiv. Plaques an Zunge und Tonsillen. Transformation der Psoriasis an den Ellenbogen in rupiaähnliche luetische Effloreszenzen. Psoriasis palmaris et plantaris. Exulzerationen am Präputium. Spirochaeta pallida: Ulzera und Arm positiv. Kaup WR, MTR negativ. Nach 3 Spirobismol und Decoct. Zittmanni Positivwerden des Serums und gute Rückbildung der Erscheinungen.

2. Granulosis rubra nasi.
11jähr. Knabe. Seit 6 Jahren bestehende Affektion an der Nasenspitze. Gefäßektasien. Gelb- bis rötlichbraune transparente Knötchen. Starkes Schwitzen auf Nasenspitze und Oberlippe.

Haber: Perianale Pilzaffektion.
67jähr. Mann. Seit 6 Monaten Juckreiz um den After. Scharf begrenzter Herd um den After und in den Glutäalfalten. Weißes gequollenes Epithel, in diesem zahlreiche Pilze. Epithelveränderung typisch für Pilzaffektion.

Reiss: Neurodermitis.
44jähr. Pat. Seit 1 Jahr bestehende Neurodermitis an Hals, Brust, Bauch und Oberschenkel. Varikositas infolge Uterus myomatosus. Am Oberschenkel reitet die Neurodermitis auf den stark erweiterten Venen.

Fleischmann: 1. Lues gummosa der Brust.
44jähr. Pat. Seit 4 Jahren zentrale Narbe mit serpiginösem progredientem infiltriertem Rand.

2. Lupus vulgaris und Erythema induratum.
25jähr. Pat. Seit 6 Wochen Lupus vulg. der rechten Wange. An den Unterschenkeln typischer Basin. Alttuberkulin $^1/_{10}$ mg Herd- und Allgemeinreaktion.

R. Lewith-Prag.

Digitized by Google

Referatenteil

Fachzeitschriften

The Urologic and Cutaneous Review

1929, Bd. 33, Nr. 11.

Wigley, J. E. M.-London: Some Experiences in the Skin Departments of Two Children's Hospitals in London (Einige Erfahrungen aus den Hautabteilungen zweier Kinderkrankenhäuser in London). S. 721.

Der Prozentsatz der verschiedenen Hautkrankheiten stimmte in den beiden an entgegengesetzten Stellen Londons gelegenen Krankenhäusern ziemlich überein. Den größten Prozentsatz zeigten Naevi, Lichen urticatus, Impetigo contagiosa, septische Dermatitiden, Skabies. Molluscum contagiosum zeigte eine geringe Zahl, so daß seine Kontagiosität nicht groß zu sein scheint; größer ist die der gewöhnlichen Warzen, denen gegenüber die planen Warzen in den Hintergrund treten. Lichen urticatus schien meist mit unzweckmäßiger Ernährung zusammenzuhängen; bei seiner Diagnose können Schwierigkeiten gegenüber Skabies und Varizellen bestehen. Naevi werden im Volke als von zweierlei Art, männliche und weibliche angesehen, letztere für bedenklicher für das Kind gehalten; viele Naevi schwinden von selbst, man kann daher abwarten, anderenfalls ist die Behandlung der Wahl Kohlensäureschnee. Trichophytien stammen häufig von Haustieren. Bei Mikrosporie wird die Thalliumepilation im allgemeinen abgelehnt (unsichere Wirkung, zu schnelles Wiederwachsen, zu geringe Sicherheit vor toxischer Dosis). Bei den Ekzemen spielt die Fernhaltung der sie verursachenden äußeren Reize die größte Rolle, Diät schien keinen besonderen Einfluß auszuüben. Die Dermatitis infantilis simplex, die häufig mit Lues congenita verwechselt wird, hängt gewöhnlich mit gastro-intestinalen Störungen oder ammoniakalischem Urin zusammen. Die kongenitale Syphilis ist sehr selten, die WR ist bei ihr stets positiv, für die Behandlung wird besonders Quecksilber empfohlen, das auch nach Salvarsanbehandlung angewendet werden muß; diese kommt nur in Betracht bei schwer kranken Kindern mit manifesten Erscheinungen. Lupus vulgaris ist nicht häufig, die Besserungen in späteren Jahren beruhen auf besserer Ernährung und frischer Luft.

Paul, Th. M.-St. Joseph (Missouri): The Instantaneous-Physiologic Cure of Eczema and Urticaria (Die unmittelbare physiologische Heilung des Ekzems und der Urtikaria). S. 724.

Weitere Versuche der Behandlung mit Schweinemilzextrakt bestätigten die in einer früheren Veröffentlichung (Urol. and Cut. Rev., 1928, Bd. 32, Nr. 7. Ref. Derm. W. 1928, Bd. 87, S. 1589) mitgeteilten guten Erfolge. Der in Amerika hergestellte Extrakt ist wesentlich stärker als der deutsche, es wurden davon 16—20 ccm in wiederholten (1—13) subkutanen Einspritzungen gegeben. Die Wirkung des Milzextraktes ist so zu erklären, daß die Milz ein Enzym liefert, das das von dem Pankreas gebildete Pro-trypsin in Trypsin verwandelt; letzteres hat die Aufgabe, vom Darm resorbierte Toxalbumine zu verdauen. Bei ungenügender Milzfunktion erreichen nicht genügend unschädlich gemachte Toxalbumine die Haut und führen hier zu Ekzemen und Urtikaria. Beim Diabetes ist die Neigung zu Pruritus und Ekzem trotz genügender Milzenzyme durch die mangelhafte Pankreasfunktion gegeben.

Aronstam, N. E.-Detroit (Michigan): Report of a Case of Onychophytosis with Successful Outcome (Bericht über einen Fall von Onychophytosis mit günstigem Ausgange). S. 728.

Weitgehende Veränderungen der Nägel, in denen sich zahlreiche Myzelien und Sporen fanden. Die Behandlung bestand in Abschaben der Nägel mit Soda und nachfolgender Applikation 10%iger Lösung von Resorzin-Monoazetat unter ultravioletten Licht, 2 Monate lang, zweimal wöchentlich; nach 4 Wochen Röntgenbestrahlung. Nachts Umwickeln der Nagelglieder mit Streifen von Quecksilber- und Resorzinpflaster. Es erfolgte entgegen der sonstigen schlechten Prognose dieser Fälle vollkommene Wiederherstellung.

Walker, K.-London: Prostatic Calculi (Prostatasteine). S. 728.

Prostatasteine im eigentlichen Sinne sind in der Substanz der Prostata selbst gebildete, von der Harnröhre vollkommen abgetrennte Konkretionen, die aus stick-

Digitized by Google

haltigem Material bestehen. Sie finden sich in normalen, besonders aber in entzündeten Drüsen oder in solchen mit seniler Degeneration. Die Symptome bestehen in Schmerzen und Miktionsstörungen, die Diagnose wird durch rektale, urethrale Untersuchung und Röntgen gestellt. Manchmal werden die Steine zufällig entdeckt. Behandlung wird erforderlich wegen zunehmender Miktionsstörungen, dauernder Infektion, Schmerzen; sie besteht in Prostatektomie.

Ritter, J. S., u. I. N. Rattner-New York City: Urethral Angioma (Angiom der Harnröhre). S. 730.

Bericht über einen Fall und Überblick über die verschiedenen Theorien über die Entstehung dieser Tumoren.

Badrian, M.-Berlin: A Concealable Penis Clamp (Eine unauffällige Penisklemme). S. 733.

Vgl. Derm. W., 1929, Bd. 88, S. 721.

Scott, W. W.-Rochester (New York): Instruments for Facilitating the Introduction of the Davis Hemostatic Bag (Instrumente zur Erleichterung der Einführung des hämostatischen Ballons von Davis). S. 734.

Das Wesentliche geht aus den beigegebenen Abbildungen hervor.

Pugh, W. S.-New York City: Stricture of the Urethra (Harnröhrenverengerung). S. 736.

Enthält nichts Besonderes.

Bailey, H.-Birmingham: The Mimicry of Subcutaneous Extravasation of Urine by Anasarca (Die Vortäuschung subkutaner Harnextravasation durch Anasarka). S. 741.

In mehreren Fällen war ein von Herzschwäche herrührendes Anasarka für Harnextravasation gehalten worden. Es fehlt dabei aber am Perineum ein periurethraler Abszeß oder eine von einer Striktur herrührende Induration, hingegen finden sich Ödeme an den Knöcheln.

Blumenthal, N. L.-Moskau: Clinical Observations of Perinephritic Abscess (Klinische Beobachtungen perinephritischer Abszesse). S. 741.

Als perinephritische Abszesse sollten nur akute eitrige Entzündungen des perirenalen Zellgewebes bezeichnet werden; es ist zwischen Perinephritis und Perikolitis sowie anderen extraperitonealen purulenten Prozessen zu differenzieren. Metastatische Perinephritis ist eine besondere Form der Sepsis. Bei Perinephritis ist die Eröffnung des Abszesses indiziert, je nach Lage des Falles einfache Inzision, völlige Freilegung der Niere, Nephrektomie.

Lane, C.-Los Angelos (Cal.): A New Technique for the Aseptic Collection of Urine by Ureteral Catheterization (Neue Technik zur aseptischen Gewinnung des Harns beim Harnleiter-Katheterismus). S. 744.

Siehe die beigegebenen Abbildungen.

Loughnane, F. McGillivray-London: Orchido-Vaso-Vesiculectomy: A New Operation for Genital Tuberculosis (Die Entfernung von Hoden, Vas deferens und Samenblasen: eine neue Operation bei der genitalen Tuberkulose). S. 745.

Beschreibung der Operationsmethode und der Resultate.

Oppenheimer, R.-Frankfurt a. M.: Ureteral Lithotomy at the Juxta-Vesical End of the Ureter in the Female (Der Steinschnitt bei Uretersteinen am vesikalen Ende des Ureters bei der Frau). S. 746.

In zahlreichen Fällen führt bei Harnleitersteinen die konservative Behandlung zum Ziel; von den Steinen, die nicht spontan abgehen, setzen sich ungefähr 50% am vesikalen Ende des Harnleiters fest, wo der operative Eingriff ein technisch besonders schwieriger ist. Für die Operation bei der Frau wird eine Methode empfohlen, bei der die einseitige Durchtrennung der uterinen Gefäße eine besondere Rolle spielt.

DeMeritt, Ch. L.-Union City (New Yersey): Intravenous Use of Sea Water (Intravenöse Anwendung von Seewasser). S. 748.

Nicht verdünntes, pasteurisiertes Seewasser wurde in einer Dosis von 5—30, meist 20 ccm intravenös eingespritzt, im wesentlichen bei neurasthenischen oder ungenügend ernährten Pat. mit urologischen Erkrankungen oder Syphilis. Es wurden allgemeine Besserungen danach beobachtet. Weitere Untersuchungen sind erforderlich.

Brill, A. A.-New York: Sex and the Physician (Sexualität und Arzt). S. 750.

Bei psycho-sexuellen Problemen liegen gewöhnlich soziale oder ethische Konflikte sowie Neurosen oder Psychosen dahinter. Jeder Arzt muß über genügende Kenntnisse der Psychologie des Geschlechtslebens verfügen. Therapeutisch ist die Psychoanalyse von größter Bedeutung.

Digitized by Google

Riddell, W. R.-Toronto (Canada): Result of Treatment of General Paresis by Tryparsamide in the Province of Ontario Government Hospital (Erfolge der Behandlung der progressiven Paralyse mit Tryparsamid in dem Regierungshospital der Provinz Ontario). S. 756.

Die Ansichten über die Wirksamkeit des Tryparsamids bei der progressiven Paralyse sind noch geteilt. In dem genannten Krankenhause übertraf sie bei weitem die der vorher geübten Salvarsanbehandlung; es konnten bis zu 50% wieder nach Haus entlassen werden. Auch bei Neurosyphilis wurden gute Erfolge erzielt. Auf den physischen Körperzustand übte Tryparsamid gleichfalls einen guten Einfluß aus.

1929, Bd. 33, Nr. 12.

Rollier, A.-Leysin: The Heliotherapy of Dermatoses and especially of Cutaneous Tuberculides (Die Lichtbehandlung von Hautkrankheiten und besonders von Hauttuberkuliden). S. 793.

Die durch längeren Aufenthalt in Leysin geheilten Pat. waren größtenteils zuvor jahrelang erfolglos mit anderen Methoden (Skarifikation, Kauterisation, Licht, Röntgen) behandelt worden. Bei diesen Heilungen spielt die Beeinflussung des Allgemeinzustandes sicher eine große Rolle. Lupus, der nicht bald sich bessert, sollte wenn irgend möglich der Sonnenbehandlung im hohen Gebirge zugeführt werden, weil die Gefahr sekundärer Lungenerkrankungen und der Entwicklung maligner Neubildungen auf alten torpiden Läsionen besteht. Die hier erzielten Narben zeichnen sich durch ihre Zartheit aus.

Quigley, D. T.-Ohama (Nagraska): Fifteen Years Devoted to the Use of Radium in Neoplastic Diseases (Fünfzehn Jahre der Anwendung des Radiums bei Neubildungen gewidmet). S. 800.

Das Feld der Radiumanwendung hat sich immer weiter ausgebreitet. Die Art der Anwendung bei den verschiedenen Formen und den verschiedenen Organen wird eingehend geschildert.

Aronstam, N. E.-Detroit (Michigan): Scleroderma Following Trauma with Complete Recovery. Report of a Case (Sklerodermie nach einem Trauma mit vollkommener Wiederherstellung. Bericht eines Falles). S. 812.

Das Auftreten streifenförmiger Sklerodermieherde hatte sich an ein geringfügiges Trauma angeschlossen. Behandlung örtlich mit Einreibungen öliger und fettiger Substanzen, ferner Arsen in steigender Dosis und Organpräparate innerlich, abwechselnd Einspritzungen von Natr. kakodyl. und Fibrolysin. Nach 7 Jahren vollkommene Heilung.

Moensch, G. L., u. H. Holt-New York City: The Number of Spermatozoa in Its Relation to Fertility (Die Zahl der Spermatozoen in ihrer Beziehung zur Fruchtbarkeit). S. 814.

Der Gehalt des Spermas an Spermatozoen ist großen Schwankungen unterworfen. Bei anscheinender Azoospermie muß das Sperma stark zentrifugiert werden, es finden sich dann, besonders nach wiederholter Untersuchung nach sexueller Ruhe unter Umständen doch welche. Oligozoospermie, wobei häufig abnorme Formen, am meisten durch sexuelle Exzesse bedingt, doch bestehen auch in dieser Beziehung große individuelle Unterschiede. Im allgemeinen ist die Fruchtbarkeit um so größer, je größer der Spermatozoengehalt.

Vander Veer, J. N.-Albany (New York): Pure Gonococcal Endocarditis, with Death (Reine Gonokokken-Endokarditis mit tödlichem Ausgange). S. 815.

Von Wucherungen der Mitralis wurden gramnegative Diplokokken gewonnen, die sich kulturell als Gonokokken erwiesen.

Cawston, F. G.-Durban (Süd-Afrika): A Consideration of the Cause and Cure of Bilharzia Disease (Betrachtung über Ursache und Behandlung der Bilharzia-Krankheit). S. 817.

Zwei in großen Mengen im frischen Wasser enthaltene Mollusken (Planorbis pfeifferi Krauss und Physopis africana Krauss) wurden als Träger der Bilharzia-Parasiten erkannt. Für die Behandlung werden intravenöse Einspritzungen von weinsteinsaurem Kalium empfohlen.

Blaustein, N.-New York City: True Kidney Pain Versus „Renal Colic". Their Significance and Differentiation in the Presence of Diseases of the Genito-Urinary System (Wirkliche Nierenschmerzen im Gegensatz zu „Nierenkoliken": ihre Bedeutung und Differenzierung bei Krankheiten des Urogenitalsystems). S. 820.

Besprechung einer großen Zahl von Nierenaffektionen, die mit Schmerzen verbunden sein können.

Digitized by Google

Bennardi, A. M.-Cleveland (Ohio): Urinary Extravasation Following Rupture of Membraneous Urethra. (With Case Report) (Harnaustritt nach Ruptur der Urethra membranacea. Mit Bericht eines Falles). S. 826.

Die Ruptur war infolge einer blennorrhoischen Striktur eingetreten.

Davis, Th. M.-Greenville (South Carolina): A New Instrument with Improved Technique for Prostatic Resection (Ein neues Instrument mit verbesserter Technik für die Resektion der Prostata). S. 827.

Beschreibung mit Abbildungen. E. Levin-Berlin.

The British Journal of Urology

1929, Bd. 1, H. 4

Mackenzie, D. W.-Montreal: Small Round-Cell Sarcoma of the Bladder, with Review of the Literature (Kleinzelliges Rundzellensarkom der Harnblase, mit einem Überblick über die Literatur). S. 359.

Sarkome der Harnblase sind selten. So konnte Wilder bis 1905 nur 54 Fälle in der Literatur finden, von denen 16 Rundzellentypen betrafen. Einen solchen Fall beobachtete Verf. bei einem 54jähr. Manne, der seit 6 Wochen Hämaturien hatte. Die Zystoskopie ergab einen ulzerierten Tumor am Blasendach, der bis zum Blasenhals zog. Resektion von der Sectio alta aus. Darauf Röntgennachbestrahlung und öftere Kontrollzystoskopien. 6 Monate nach der ersten Operation wurde ein erbsengroßes Rezidiv in der Narbe festgestellt, das auch von der Sectio-alta-Wunde aus zuerst kurettiert und dann koaguliert wurde. Die mikroskopische Untersuchung ergab, wie bei dem Primärtumor, ein kleinzelliges Rundzellensarkom; Metastasen wurden nicht beobachtet.

Patsch, F. S.-Montreal: Conservative Plastic Surgery in the Treatment of Hydronephrosis Associated with Aberrant Vessels (Über die konservative plastische Operationstechnik der Hydronephrosen, die mit aberranten Gefäßen vergesellschaftet sind). S. 373.

Verf. konnte 2 Fälle beobachten, in denen die Hydronephrose bedingt war durch anormale Blutgefäße, die den Ureter an seinem Austritt aus dem Nierenbecken komprimierten. Da nicht nachzuweisen ist, ob erst nachdem die Hydronephrose einen gewissen Grad erreicht hatte, das strangulierende Gefäß den Ureter beengte, so hat Verf. den Ausdruck des „Vergesellschaftetsein" gewählt, so sich jeder Hypothese über diesen immer noch strittigen Punkt enthaltend. Der 1. Fall betraf einen 9jähr. Jungen, der heftige Schmerzen in der linken Niere hatte, die sich zu einer Kolik verdichteten. Bei der urologischen Untersuchung fand man eine mäßige infizierte Hydronephrose links. Die Operation ergab, daß eine aberrante Arterie und eine aberrante Vene den Ureter in dem Austritt aus dem Nierenbecken kreuzten. Da die Niere auch etwas gesenkt war und das Nierenbecken proximal der Kreuzung sehr hochgradig erweitert war, so wurde der Ureter abgetrennt und über den Gefäßen wieder in das Nierenbecken eingenäht. Nach 24stündiger Drainage der Wunde heilte diese per primam. Pat. 19 Tage nach der Operation geheilt entlassen. Eine Nephropexie wurde nicht durchgeführt. Der 2. Fall betraf einen 39jähr. Mann, der nach derselben Methode mit gutem Erfolg operiert wurde. Ebenso hatte Verf. in einem 3. Falle, bei einem 42jähr. Arbeiter, mit einer Methode einen vollen Erfolg. Die kolikartigen Schmerzen, die alle Pat. vor der Überpflanzung durchzumachen hatten, traten nach derselben nicht mehr auf.

Kidd, F.-London: Cystectomy for Carcinoma of the Bladder-Base with Retoration of Bladder-Function (Über einen Fall von Resektion des Blasengrundes wegen Karzinom, mit Wiederherstellung der Blasenfunktion). S. 380.

Verf. hat 2 Fälle von Blasenkarzinom durch Blasenresektion heilen können, und war wurde der Blasenfundus nach Auslösen der Ureteren entfernt. Verf. benutzte eine besondere Technik, um die Ureteren in den Blasenrest einzunähen. Außerdem benutzte Verf. zur Eröffnung der Harnblase ein von ihm konstruiertes „Saugmesser", so daß er immer im Trockenen operieren konnte. Nach der typischen Resektion des erkrankten Blasenanteiles wird der Ureter in die Harnblase eingepflanzt. Die Ligaturen, die den Ureterenkatheter im Ureter fixieren, sollen nach Ansicht des Verf.s den Vorteil haben, daß sie die Lymphbahnen des Ureters verschließen, wodurch das Aufsteigen der Erkrankung auf lymphatischem Wege verhindert werden soll. Beide Fälle haben die Operation gut überstanden; die Blase funktionierte gut.

Digitized by Google

Ballenger, E. G., O. Elder, u. H. P. McDonald-Atlanta: A Further Report on the Use of Periprostatic Infiltration with Local Anaesthesia for Suprapubic Prostatectomy (Ein weiterer Bericht über die Anwendung der periprostatischen Infiltrationsanästhesie gemeinsam mit der Lokalanästhesie bei der suprapubischen Prostatektomie). S. 390.

Die periprostatische Infiltration zur Anästhesierung der Prostata hatte ein so günstiges Ergebnis gezeitigt, daß Verff. diese Methode eindringlichst empfehlen. Wenn die Anästhesie richtig ausgeführt wird, erleichtert sie auch die Enukleation, weil das Infiltrat zwischen Prostata und ihre Kapsel eingespritzt wird. Um bei dem Einstich keine Nebenverletzungen zu setzen, bedienen sich Verff. einer Hohlsonde, die der Operateur aufsetzt, während der Assistent durch diese hindurch einsticht. So gelingt die Prostatektomie schneller und ohne schwerere Chokwirkung für den Pat. Nach der Operation muß man sein Augenmerk auf die bedrohliche Blutung aus dem Prostatabett richten. Die suprapubische Drainage wird längere Zeit durchgeführt.

Ibrahim, A. B.-Kairo: Stones of the Ureter (Uretersteine). S. 396.

Verf. hat in den Jahren 1927—28 1087 Fälle wegen urologischer Beschwerden geröntgt; von diesen hatten 114 Uretersteine (112 Männer und 2 Frauen). Von den 44 in der Privatpraxis operierten Steinen ist kein Pat. gestorben, von den 42 Fällen der Krankenhauspraxis 2. Von den 100 letzten Fällen hatten 7 beiderseitig, 48 rechtsseitig, 45 linksseitig Uretersteine. In 12 Fällen traten multiple Uretersteine auf derselben Seite auf, und in 28 Fällen bestanden Anzeichen einer Bilharzia.

A. Rosenburg-Mannheim.

Acta Dermato-Venerologia

Bd. 10, H. 5

Maschkilleisson, L. N., u. J. J. Joukelis-Moskau: Contribution à l'étude de Neurodermitis circumscripta Brocq. Historique, clinique et anatomie pathologique (Historische, klinische und pathologisch-anatomische Studien über die zirkumskripte Neurodermitis). (Staatliches venereologisches Institut in Moskau.)

Die histologischen Eigentümlichkeiten der Neurodermitis circumscripta (Brocq), welche mit dem Lichen simplex chronicus (Vidal) und dem Prurit circonscrit avec lichénification (Brocq) identisch ist, sind das intrazelluläre Ödem mit einem honigwabenähnlichen Netzwerk im Stratum spinosum; die Leukozyteneinwanderung in die Epidermis ist nicht charakteristisch; die Spongiose tritt nur im Anfang der Erkrankung auf. Die Depigmentierung im Stratum germinativum gehört zu den charakteristischen, aber inkonstanten Merkmalen. Klinisch tritt der primäre Pruritus mit nachfolgenden Kratzeffekten bei einer gewissen Prädisposition hervor.

Bommer, S.-Gießen: Weitere Untersuchungen über sichtbare Fluoreszenz beim Menschen. (Universitäts-Hautklinik Gießen.)

Die Fluoreszenzerscheinungen an ungefärbten Gefrierschnitten sind am kindlichen Material sehr schwach und werden stärker, je älter die betreffende Person war. Die Fluoreszenz bleibt durch die Fixierung in Formol erhalten; die Schnitte werden entweder in Wasser mikroskopisch oder durch eine aufsteigende Alkoholreihe geschickt in Xylol aufgehellt und in Glyzerin eingebettet. Eine elektive Kernfärbung für den Untersucher in Ultraviolettlicht wird durch sehr stark verdünntes Trypaflavin erzielt; stärker, und zwar mit größerer Fluoreszenz die Kerne der Epithelien und der Gefäßendothelien, schwächer und mit gelber Farbe die Bindegewebskerne. Die elastischen Fasern fluoreszieren besonders stark. Im Herzmuskel älterer Leichen finden sich hantelartig um die beiden Pole der Kerne der Muskelfasern bräunlichgelb fluoreszierende Körnchen; in den Herzmuskelfasern jüngerer Personen können diese Körnchen durch 30grädige Kalilauge sichtbar gemacht werden. Eine ähnliche bräunlichgelbe Fluoreszenz ist in der Zona reticularis der Nebenniere und in den nahe der Glissonschen Kapsel liegenden Leberzellen zu sehen. Goldgelb fluoreszierende Körnchen liegen in den Epithelien der Schilddrüsen, wie der grauen Substanz des Zentralnervensystems, in den Epithelien der Schilddrüse, in bestimmten Abschnitten der Nierenepithelien, in den Epithelien der Prostata, der Nebenhoden und der Hoden, in der Muskularis der Arterien älterer Personen und in der atheromatös veränderten Intima von Gefäßen, sowie in den Tuberkeln der Lunge. Diese Körnchen konnten durch keines der bekannten Lösungsmittel aus dem Gewebe extrahiert werden. Die rot fluoreszierende Fluoreszenz der Lip-

Digitized by Google

hornpfröpfe dürfte von einem Porphyrin stammen, welches durch Bakteriensynergismus von den in den Follikelmündungen parasitierenden Mikroorganismen gebildet wird und durch seinen lichtsensibilisierenden Einfluß von Bedeutung ist; bei Lupus erythematodes ist die Zahl der rot fluoreszierenden Follikelpfröpfe vermehrt; die Prädilektionsstellen der Hautkarzinome im Gesicht fallen mit den Orten der roten Follikelfluoreszenz zusammen; die rot fluoreszierende Substanz an der Unterseite der Psoriasisschuppen kann als Lichtsensibilisator eine Rolle spielen. Vielleicht führt die Untersuchung der Lichtempfindlichkeit zur Erkenntnis, welche Rolle geringste Mengen sensibilisierender Stoffe für die Lichtkrankheiten spielen; vielleicht haben wir im Darm, in der Haut oder auch an anderen Stellen des Körpers Bakteriengruppen als Symbionten, welche über den Weg der Porphyrinbildung unsere Lichtempfindlichkeit regulieren.

Maschkilleisson, L. H., u. S. M. Minsker-Moskau: Zur Frage über Erythema chronicum migrans Lipschütz (Staatliches venereologisches Institut in Moskau).

Beschreibung der Entstehung eines sich allmählich vergrößernden erythematösen Ringes, der nach 3 Monaten von der Höhe des 4. Brustwirbels bis zur Crista iliaca reichte, bei einem 28jähr. Mann, ohne Abschuppung, ohne Hautatrophie bei histologisch normaler Epidermis und bei Fehlen subjektiver Empfindung; es wird der Name „Erythema annulare chronicum migrans Lipschütz" vorgeschlagen.

Lidström, E.-Stockholm: A Contribution to the question of the Pathogenesis of Gonorrhoic Keratodermia (Beitrag zur Pathogenese der gonorrhoischen Keratodermie). Aus dem Gävle-Hospital, Stockholm.)

Beschreibung eines Falles von ausgebreiteter blennorrhoischer Keratitis, besonders an den unteren Extremitäten, die 2 Monate nach der blennorrhoischen Infektion, mit multipler Arthritis verbunden, auftrat und den Nachweis von Gonokokken, besonders in den jüngsten Hauteffloreszenzen erlaubte. Der Kranke ging an ulceröser Endokarditis zugrunde. Das Bestehen einer früheren Lues, die mit Nephrose verbunden war, dürfte von Einfluß auf die Entwicklung der Keratodermie gewesen sein.

F. Winkler-Wien.

Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie

1929, Bd. 10, Nr. 10

Pasteur Vallery-Radot, u. Lucien-Rouquès: Les phénomènes de choc dans l'urticaire (Chokphänomene bei der Urtikaria). S. 1041.

Das Anaphylaxieproblem hat die Pathogenese der Urtikaria in neuem Lichte erscheinen lassen. Die sog. hämo- oder kolloido-klastische Krise, von Widal und seinen Mitarbeitern zuerst beschrieben, ist das erste Phänomen der beginnenden Urtikaria, die Hauterscheinungen sind sekundär. In vielen Fällen bleibt es schwierig festzustellen, ob die Urtikaria durch Sensibilisierung, also anaphylaktisch, oder durch Chok hervorgerufen wird. Unter Anführung eigener und zahlreicher Beobachtungen, vorwiegend aus der französischen Literatur, wird eine Legion von Nahrungsmitteln, Medikamenten, werden Parasiten, Gemütsbewegung, Anstrengung, Kälte und Wärme benannt, die Urtikaria hervorrufen können. Die Urtikaria kann auch nur eine Manifestation der Kolloidoklasie, neben anderen wie Asthma, Heuschnupfen sein. Zwischen dem Primärphänomen, der kolloidoklastischen Krise und der sekundär auftretenden Urtikaria liegt die Erregung des Sympathikus. Zwischen vago-sympathischem Gleichgewicht und Chokphänomen bestehen enge Beziehungen. Ursachen der kolloidoklastischen Diathese können Veränderungen der endokrinen Drüsentätigkeit, Leberinsuffizienz, Insuffizienz der Sekretion der Verdauungsfermente, Senkung der Alkalireserve und der Wasserstoffionenkonzentration und eine Infektion sein. Die Behandlung der Urtikaria hat möglichst entsprechend der Ursache zu erfolgen. Bei alimentärer Urtikaria soll eine Desensibilisierung mit zuerst sehr kleinen, dann steigenden Dosen des schädlichen Nahrungsmittels täglich per os erfolgen. Die Kutireaktion gibt nicht gleich gute Erfolge. Ist das betreffende Nahrungsmittel nicht zu eruieren, dann 3mal tägl. 0,5 g polyvalentes Pepton 1 Stunde vor jeder Mahlzeit, lange Zeit zu verabreichen. Weiter werden als Therapeutika genannt: Eigenblut-, Eigenseruminjektionen, subkutane Injektionen von 2—5 ccm 5%igem Witte-Pepton tägl. oder jeden 2. Tag, intrakutane Einspritzung von 50%iger Peptonlösung, intravenöse Chlorkalziumeinspritzung, Natriumthiosulfat 3—6 g tägl. per os oder 5—20 ccm einer 10%igen Lösung intravenös, 40 ccm 2,5%iges Natriumkarbonat intravenös, Milch-, Vakzine-, Organextrakt-, Lezithininjektionen u. a. Auch Adrenalin und Pilokarpin sollten

Digitized by Google

in geeigneten Fällen versucht werden. Besonders für die Kälteurtikaria wird Adrenalin empfohlen.

Fernet, P.: Association des Dermatologistes et Syphiligraphes de langue française. IVe Congrès à Paris (25.—27. Juli 1929) (4. Kongreß der Dermato-Syphilologen des französischen Sprachgebiets). S. 1085.

In der Eröffnungsansprache gedenkt der Präsident des Kongresses, R. Sabouraud, der im letzten Jahre verstorbenen bedeutenden französischen Dermatologen Thibierge, Brocq und Balzer und der ausländischen Gelehrten P. G. Unna, Majocchi und v. Pirquet. Er gibt eine umfassende Schilderung der Leistungen, die die Forschung auf dem Gebiete der Dermato- und Syphilidologie in den letzten Jahren zustande gebracht

1. Hauptreferat: Les erythèmes polymorphes (Polymorphes Erythem). Referenten: Lortat-Jacob-Paris und Ramel-Lausanne. Lortat-Jacob verficht für das polymorphe Erythem die These einer autonomen Krankheit. Es kann spontan auftreten, ohne daß sich eine bestimmte Ätiologie findet. Daneben bestehen polymorphe Erytheme toxischen oder infektiösen Ursprungs. An der klassischen Schilderung des Erythema exsudativum multiforme durch Hebra hat sich nichts geändert, wohl aber ist das häufige Befallen der Mundschleimhaut hervorzuheben. Außer der gewöhnlichen Form gibt es eine mit hohem Fieber verlaufende Art der Erkrankung. Blutkulturen wurden bisher erfolglos untersucht. Ref. hält das polymorphe Erythem vornehmlich für eine Erkrankung des weiblichen Geschlechts. Zu trennen ist es vom Erythema nodosum, der Duhringschen Krankheit, dem infektiösen Megaloerythem, der infektiösen exsudativen Angiodermatoxikose, der „ectodermose érosive pluri-orificielle" und den Arzneiexanthemen. Sogenanntes sekundäres polymorphes Erythem wird nach Intoxikationen durch Nahrungsmittel, Schwangerschaft, nach infektiösen Prozessen (Blennorrhoe, Tuberkulose, Lues, Cholera, Typhus, Paratyphus, Grippe, Septikämie u. a.) beobachtet. Die durch Levaditi, Nicolau, Poincloux beschriebene und auch von amerikanischen Autoren beobachtete Erkrankung, die durch den Streptobacillus moniliformis bedingt sein soll, hat nach Lortat-Jacob nichts mit Erythema exs. multif. zu tun. Die Bezeichnung der Amerikaner als Erythema arthriticum trifft das Richtige. — Ramel unterscheidet 4 Arten von polymorphem Erythem: erythematös-papulöses polymorphes Erythem (klassische Form), febriles polymorphes Erythem, polymorphes Erythem mit vorwiegender Beteiligung der Mundschleimhaut (hier ist auch die „ectodermose érosive pluri-orificielle" und die Baadersche Dermatostomatitis einzureihen) und das maligne polymorphe Erythem, das unter den Zeichen einer schweren Toxikose verläuft und oft zum Tode führt. Die Ätiologie ist noch unklar. Ramel glaubt auf Grund experimenteller Untersuchungen am Meerschweinchen den Kochschen Tuberkelbazillus als wahrscheinlichen Faktor bei der Genese der Hebraschen Dermatose bestimmen zu können. Aus der Fülle der Diskussionsredner seien nur einige hervorgehoben. Pautrier wendet sich gegen die Ramelsche These der tuberkulösen Ätiologie des polymorphen Erythems. Er meint, ob nicht bei den Tierexperimenten Irrtümer unterlaufen sein können. Flandin glaubt an nahe Beziehungen zwischen polymorphem Erythem und Tuberkuliden. Ein tuberkulöses Ultravirus scheine eine Rolle zu spielen. Kitchevatz-Belgrad lehnt ein abgeschwächtes tuberkulöses Virus ätiologisch ab, seiner Ansicht nach handelt es sich um eine Infektionskrankheit, deren Erreger noch zu entdecken bleibt. Für Gaté und Michel ist das Erythema exs. multif. keine selbständige Krankheit, sondern ein durch toxische oder infektiöse Ursachen bedingtes Krankheitssyndrom.

2. Hauptreferat: a) Prurit et prurigo lymphadénique (Pruritus und Prurigo der Lymphdrüsen).

b) Formes cliniques et pathogénie des prurigos (Klinische Formen und Pathogenese des Prurigo). Referenten: Favre-Lyon, Civatte-Paris. Aus der Prurigogruppe hebt Favre den sogenannten „prurigo lymphadénique" hervor. Das erste Symptom ist ein Pruritus, der oft leichter Natur ist. Später zeigen sich Drüsenanschwellungen in einem oder mehreren Drüsengebieten. Pruritus hat für die Erkennung maligner Erkrankungen des lymphatischen Systems wesentliche Bedeutung. Die eigentlichen Hauterscheinungen sind oft nur unwesentlich und manifestieren sich in einzelstehenden Papeln und Kratzeffekten. Man unterscheidet einen „prurigo lymphadénique" mitis und formicans oder ferox. Pruritus ist auch ein wesentliches Symptom bei exanthematischen Manifestationen, verschiedenen Erythrodermien und Tumoren. Der Name „prurigo lymphadénique" soll für die Form reserviert bleiben, bei der eine Vergrößerung superficialer Lymphdrüsen und der Milz eintritt, und die schließlich durch Kachexie zum Tode führt. Der hauptsächlichste pr. lymphad. ist der beim malignen Granulom. — Civatte

Digitized by Google

reist auf die Verwirrung in der Nomenklatur hin, Pruritus bezeichnet das Krankheitsymptom, Prurigo die Krankheit. Er unterscheidet den Hebraschen Prurigo, Prurigo odularis (Hyde) (harte, große Knoten auf gesunder Haut, besonders bei Frauen in der lenopause), Prurigo (Besnier), Prurigo acut. simplex (Brocq-Tommasoli), Prurigo implex, Prurigo lymphadénique (Dubreuilh). Für alle Prurigoformen ist der Pruritus as gemeinsame Symptom; eine eigentliche Prurigokrankheit existiert nicht. Der Name Prurigo gilt für eine Serie von Syndromen, allergischen oder idiosynkrasischen Reakonen nach verschiedenen Ursachen. Zwischen allen Prurigoformen können Übergänge estehen. — In der Diskussion betont Ravaut, daß er schon 1923 auf dem Straßurger Kongreß auf die Bedeutung der Sensibilisierung für die Entstehung des Prurigo ingewiesen habe. Ehlers-Kopenhagen stellt fest, daß der Prurigo Hebrae in Kopenagen nur noch selten beobachtet wird, während er vor etwa 30 Jahren sehr häufig uftrat. Er führt dies besonders auf die Verbesserung der hygienischen Verhältnisse i der Arbeiterklasse und die bessere Ernährung der armen Kinder zurück. Pautrier öchte akuten Prurigo, Strophulus und umschriebene chronische noduläre Lichenifikation icht in die gleiche Gruppe eingereiht haben. Nach Flandin soll bei Pruritus junger eute an Lues connatalis und Tuberkulose, bei alten Leuten an lymphatische Erkrannngen gedacht werden. Spillmann weist auf Störungen im Säurebasenhaushalt hin. itchevatz ist der Ansicht, daß beim Prurigo ein toxisches und traumatisches Antigen nzunehmen ist. Der Traumatismus spiele beim Prurigo die gleiche Rolle als sensibilierender Faktor wie physikalische Einflüsse bei anderen Hautkrankheiten.

3. Hauptreferat: a) Mécanisme des actions de la malaria sur l'organisme yphilitique (Art der Malariaeinwirkung auf den syphilitischen Organismus). Refeent: Dujardin-Brüssel.

b) Le traitement des syphilis nerveuses par le paludisme (Behandlung der ues des Nervensystems mit Malaria). Referenten: P. Chevallier u. Jean Meyer. ichts wesentlich Neues. Therapeutisch gleiche Erfahrungen wie bei uns.

Lévy, M. G.: La séance spéciale de la réunion dermatologique de Strasbourg onsacrée aux atrophies cutanées et aux sclérodermies (Spezialsitzung der Straßurger Dermatologenvereinigung mit dem Thema: Hautatrophie und Sklerodermie). 1132. Wird gesondert referiert. (Bull. soc. Franç. de Derm. et de Syph., 1929, Nr. 7.)

A. Holländer-Bielefeld.

Mitteilungen aus der Literatur

Syphilis

Serologie

Wichels, Hürthle u. Maley-Greifswald: Ein Beitrag zur Theorie und Praxis r Syphilisreaktionen. (Med. Kl.) M. m. W., 1929, Nr. 42, S. 1759.

Die von Braun und Weil zuerst angegebene Autoantikörpertheorie und die n Sachs, Klopstock und Weil gefundenen positiven Unterlagen im Tierperiment haben uns in der Erkenntnis über das Wesen der Syphilisreaktionen beächtlich gefördert. Bei ihren Untersuchungen gingen sie von der Annahme aus, daß ne Kopplung der körpereigenen Gewebszerfallsprodukte an artfremde Spirochätenibersubstanzen jene zur Antikörperbildung befähigt; die WR wäre demnach nichts nderes als eine Reaktion auf Autoantilipoide. In der Tat gelang es ihnen bei Kanchen, denen sie Gemische aus körpereigenen Lipoiden und artfremden Eiweißörpern (Schweineserum) injizierten, in der Mehrzahl der Fälle positive Syphilisaktionen zu bekommen. Da diese Beobachtungen nicht ohne weiteres auch für den enschen Gültigkeit haben, versuchten Verff. diese Lücke durch Beobachtungen am enschen auszufüllen. Bei jeder chronischen Infektionskrankheit kreisen im Organisus lipoide Zerfallsprodukte eigenen Gewebes und Mikroorganismen; es hieß nun nen artfremden Eiweißkörper zu finden, der befähigt war, die körpereigenen Lipoide Vollantigenen zu machen; da die gewöhnlichen Erreger dazu erfahrungsgemäß cht ausreichten. Am geeignetsten erschien das Schweineserum. Es ergab sich, daß n 13 Fällen (postpneumonische Abszesse, schwere exsudative Lungenphthisen), nen vorher Antidiphtheriepferdeserum intravenös injiziert worden war, drei eine

Digitized by Google

schwach positive MR, einer eine stark positive SGR, ein fünfter eine schwach positive WR bekamen. Vor Injektion des Pferdeserums waren bei allen Patienten die Reaktionen negativ. Sprafke-Chemnitz.

Manteufel, P., u. W. Maerker-Düsseldorf: Zur Frage der gewerbsmäßigen Ausführung der Serodiagnose bei Lues. (Hyg. Inst. d. med. Akademie.) Zbl. f. Bak. Bd. 114, H. 4/6, S. 264.

Unter 1191 Seren, die mittels der WR (mit 3 Extrakten und Komplementauswertung), der MTR, KR und MBR untersucht wurden, ergab sich Übereinstimmung aller 4 Reaktionen in 90,6% der Fälle. Wäre die WR nur mit einer der 3 Ergänzungsreaktionen angestellt worden, so hätte im Verband mit der MTR 2% im Verband mit der MTR 41 und im Verband mit der KR 43 eindeutige Diagnosen mehr abgegeben werden können. Beurteilt man das Ergebnis der 3 Ergänzungsreaktionen nach einem Mittelwert, so erhöht sich die Zahl der Übereinstimmungen auf 96. Es verbleiben nunmehr 44 differierende Resultate, darunter nur 15 vollkommene Widersprüche, nämlich 11 mit positivem Gesamtergebnis der Ergänzungsreaktionen bei negativer WR und 4 mit positiver WR gegenüber einem negativen Ausfall der Ergänzungsreaktionen. Neben dem Resultat der WR sollte stets nur ein Flockungsergebnis angegeben werden, das aus dem Mittelwert der Ergebnisse der 3 Flockungsreaktionen errechnet worden ist. F. Harry-Wiesbaden.

Müller, R.-Wien: Vereinfachte Methodik der Ballungsreaktion (MBR II). (Serodiagnost. Untersuchungsanstalt d. Kl. f. Geschlechtskranke und Hautkrankheiten.) D. m. W., 1929, Nr. 39. S. 1624.

Das Antigen der MBR. II unterscheidet sich von dem der MBR. I durch eine andere Art, das Ballungsreagens mit NaCl-Lösung zu mischen und durch eine andere Reifungszeit. Das Ballungsreagens selbst ist gleichgeblieben. Die Reifungszeit beträgt jetzt nur 12 Minuten bei Zimmertemperatur, die Versuchsdauer 2—3 Stunden. Die Zubereitung des Antigens geht folgendermaßen vor sich: 2 ccm Reagens werden mit 3 ccm physiologischer NaCl-Lösung (17° warm) verdünnt. 10 Minuten Reifung. Erneute Mischung durch zweimaliges Umkippen der Eprouvette. Nach 2 Minuten erfolgt weitere Verdünnung mit 25 ccm einer 0,9%igen alkalisierten Kochsalzlösung (enthaltend 1%iges Natriumkarbonat). Das Antigen ist nunmehr gebrauchsfertig. Es eignet sich auch zur quantitativen Liquoruntersuchung.

F. Harry-Wiesbaden.

Doleschall, F., u. N. Kussing-Pest: Über die neueste Luesreaktion von Meinicke. (I. Med. Kl. d. Univ.) M. m. W., 1929, Nr. 43, S. 1800.

Verff. haben an mehr als tausend Fällen die von Meinicke angegebene Klärungsreaktion (MKR) nachgeprüft. Sie kommen zu dem Ergebnis, daß die MKR einen schärferen serologischen Nachweis ermöglicht als ihre Vorgänger und die meisten anderen serologischen Reaktionen; ganz frei von Fehlresultaten ist sie jedoch auch nicht. Sprafke-Chemnitz.

Plaut, F.-München: Über die Methodik der Wassermannschen Reaktion und über den Wert des positiven Blutbefundes für die Beurteilung nervöser Prozesse. (Dtsch. Forschgs. Anstalt f. Psychiatrie.) D. Zschr. f. Nervenhlk., Bd. 109, H. 1/2, S. 61.

F. H. Lewy und Mitarbeiter propagieren den Wert eines verfeinerten Verfahrens der WR (Aktivmethode) nach C. Lange. Verf. weist darauf hin, daß der Wert der verfeinerten Methoden fast immer durch Mangel an Spezifität ausgeglichen wird. Lewy benutzte ein Material von Syphilis des Zentralnervensystems oder in dieser Richtung verdächtiger Krankheitsformen. 61 Fälle, die im Blut nach WR negativ waren, reagierten nach Lange positiv und zeigten mit geringen Ausnahmen Liquorveränderungen, allerdings wurde die Liquor-WR nicht aufgestellt, die beweisend wäre, da Pleozytose ätiologisch ein vieldeutiges Zeichen ist; noch weniger verwertbar ist die Vermehrung des Gesamteiweißes. Schließlich zeigt die überaus empfindliche Goldsolreaktion eine Flockung in der Lueszone bei fast allen Erkrankungen, die mit Zellvermehrung oder mit Eiweißvermehrung einhergehen. Verf. vertritt nicht den Standpunkt, daß ein positiver WR oder sogar der positive Ausfall der Langeschen Modifikation bei negativer Original-WR die ätiologische Beurteilung nervöser Prozesse erlaubt. „Man kommt um den Liquorbefund nicht herum, wenn man einigermaßen sicher gehen will. S. Habermann-Prag.

Kadisch, E.-Charlottenburg: Zur Hitzeinaktivierung des Komplements. (Dermatol. Abt. d. Krankenhauses.) Kl. W., 1929, Nr. 45, S. 2096.

Versuche, die letzten Endes dahin zielen, Reaktionen zu finden, die die Vorzüge

Digitized by Google

der WR mit denen der Aktivmethoden vereinen, und die sich zunächst damit beschäftigen, die zu verschiedenen Temperaturen gehörenden Minimalinaktivierungszeiten festzulegen. Frei-Berlin.

Gellner, G.-Olmütz: Über die Verwendbarkeit des Zitratplasmas zur Anstellung der Komplementbindungsreaktion bei Syphilis. Zbl. f. Bakt., Bd. 113, H. 7/8. S. 544.

Es ist unzulässig, die spezifische Reaktivität des Zitratplasmas und Hirudinplasmas auf gleiche Stufe zu stellen. Na-Zitrat kann Blutegelextrakt, der einfach und billig herzustellen ist, nicht ersetzen. Die von Israelson und Bojewskaja mitgeteilten Ergebnisse können mit den Resultaten der Hirudinplasmareaktion nicht verglichen werden, da die optimalen Mengen der einzelnen Reagentien nicht übereinstimmen. F. Harry-Wiesbaden.

Saito, T.-Tokushima: Erfahrungen mit der Meinicke-Klärungs-Reaktion. (Inst. Robert Koch.) Med. Kl., 1929, Nr. 39, S. 1508.

Die neue Reaktion Meinickes benutzt an Stelle von Pferdeherz- einen Rinderherzextrakt, der durch Auswaschen mit Äther von den zu unspezifischen Ergebnissen Anlaß gebenden Fettsubstanzen befreit wird. Es wurde dann die Trübungsreaktion zu einer Flockungsreaktion ausgebaut und durch Verwendung einer hochprozentigen Kochsalzlösung mit verschiedenem Sodagehalt aus den anfangs milchig getrübten, undurchsichtigen Mischungen von Extraktverdünnung und aktivem Serum nach 20 Stunden bei positiver Reaktion eine Klärung der Flüssigkeit über einem mehr oder weniger starken Bodensatz erhalten. Bei negativen Seren bleibt über einer ähnlichen Sedimentbildung die darüberstehende Flüssigkeit gleichmäßig milchig getrübt. In Vergleichen mit der WR und der KR zeigte sich die Reaktion bei vielleicht etwas schwächerem Grade des positiven Ausfalles den anderen Reaktionen in Spezifität und Reaktionsbreite annähernd gleichwertig. Sie ist jedoch noch umständlicher als WR und KR, hat höchstens den Vorteil, daß sie mit nicht inaktiviertem Serum arbeitet, was aber nicht genügen kann, um zu ihren Gunsten die einfachere und ebenso zuverlässige KR aufzugeben. E. Levin-Berlin.

Pinto, M., u. A. Sousa Dias: La réaction de Rodillon pour le séro-diagnostic de la syphilis (Die Rodillonsche Reaktion für die Serodiagnose der Syphilis). Compt. rend. Soc. Biol., Bd. 102, Nr. 26, S. 244.

Vergleichende Untersuchungen der WR nach der Originalmethode mit der von Rodillon angegebenen Technik ergaben einen stärkeren Ausschlag nach der positiven Seite bei der letzteren. Sie war stets stark positiv in allen Fällen stark positiver WR, jedoch auch in einem Teil der Fälle von schwach positiver WR. Ferner trat in einem Teil der Fälle mit negativer WR eine schwach positive Reaktion nach Rodillon auf; es handelte sich hierbei stets um sicher syphilitische Personen (alte, latente, kongenitale Syphilis). Im Verlaufe der Behandlung bleibt die Reaktion länger positiv als die WR. Sie erscheint geeignet zur Anwendung als aktive Methode neben der WR. E. Levin-Berlin.

Grysez, V., u. A. Breton: Emploi de la réaction de Vernes à la résorcine dans le diagnostic de la tuberculose de cobaye (Verwendung der Resorzinreaktion von Vernes bei der Diagnose der Tuberkulose des Meerschweinchens). Ann. Inst. Pasteur, Bd. 43, Nr. 8, S. 1011.

An über 400 Tieren suchten Verff. eine brauchbare Methode auszuarbeiten. Der Index 44 gilt als Grenze für gesund, über 44 sind die Tiere meist tuberkulös. Von 300 Tieren bis Index 44 waren 11% tuberkulös, von 41 Tieren über den Index 44 waren 83% tuberkulös. Bei gesunden Tieren ist der Index meist zwischen 20—32. Starke Überschreitungen über 44 sind sehr verdächtig. Verff. verfolgten dann den Ausfall der Reaktion bei Tieren, die mit verschieden hohen Dosen Tuberkelbazillen geimpft waren und konnten einen bestimmten Ablauf der Reaktionen feststellen. Sie geben dann noch genau an, wann die Reaktionen ausgeführt werden müssen. Für jede Reaktion sind 5 ccm Blut erforderlich, die man mittels Herzpunktion gewinnt. Ruge-Hamburg.

Osmond, T. E.: The Hinton Test for Syphilis (Die Hintonsche Reaktion auf Syphilis). Brit. m. J., 1929, Nr. 3588, S. 666.

Die von Hinton angegebene Agglutinationsprobe mit Verwendung eines aus Glyzerol, Cholesterol und Rindfleischextrakt hergestellten Antigens hat Verf. bei 500 Serumuntersuchungen mit der Original-WR verglichen und in 458 Fällen entweder absolute oder doch wenigstens relative Übereinstimmung konstatiert. Ebenso

Digitized by Google

ergaben vergleichende Untersuchungen mit der Kahnschen Probe (bei 201 Fällen) und der Σ-Reaktion (137 Fälle) eine gute Verwendbarkeit der Hintonschen Reaktion. Diese empfiehlt sich, abgesehen von der Schwierigkeit der Herstellung eines wirklich zuverlässigen Antigens durch ihre große Einfachheit und die leichte Ablesbarkeit der Resultate. A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Castens, E.-Bremen: Die Bedeutung der Kahnschen Reaktion in der serologischen Syphilisdiagnostik. (Chem.-serol. Abt. d. städt. Krankenanstalt.) D. m. W. 1929, Nr. 35, S. 1461.

Die umfangreiche Nachprüfung ergab, daß weder die WR noch die KR allein zur serologischen Syphilisdiagnostik angewandt werden sollten. Durch gemeinsame Anwendung beider Reaktionen wird die bisherige Fehlerbreite wesentlich eingeengt, wenn auch noch nicht völlig beseitigt. Unter 2435 Sera von Nichtsyphilitikern wurden 1% unspezifische Fehlresultate beobachtet. Bei der Untersuchung von 599 Seren von sicheren Luesfällen lieferte die WR 423, die KR 493 richtige Resultate.
F. Harry-Wiesbaden.

Marsh, Fr.: The Wassermann Reaction and Kahn Test (Die WR und die Kahnsche Reaktion). Brit. m. J., 1929, Nr. 3588, S. 666.

Aus 109 mit den beiden Prüfungsmethoden parallel ausgeführten Proben entnimmt M., daß die Kahnsche Reaktion als eine wertvolle Ergänzung, nicht aber als Ersatz und zur Beseitigung der WR dienend anzusehen ist.
A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Trincao, C.: La réaction de Kahn appliquée au liquide céphalorachidien (Die Untersuchung der Liquor cerebrospinalis mit der Kahnschen Reaktion). Compt. rend. Soc. Biol., Bd. 102, Nr. 26, S. 226.

Bei vergleichenden Untersuchungen des Liquors mit der WR und der Kahnschen Reaktion stimmten die Ergebnisse in 87,2% überein; bei den abweichenden Fällen handelte es sich teils um eine verschieden starke positive Reaktion, teils um ein vollkommenes Mißverhältnis, indem in fast allen diesen Fällen (bei übrigens bis auf einen stets klinisch syphilitischen Patienten) bei negativer WR die Kahnsche Probe positiv ausfiel. Die Technik der Kahnschen Reaktion ist für die Liquoruntersuchung sehr schwierig; ihre gleichzeitige Anwendung mit der WR erscheint empfehlenswert. E. Levin-Berlin.

Lim, C. E., u. T. J. Kurotchkin-Peping: A Study of the Mechanism of the Combined Kahn-Wassermann-Reaction (Studien über den Mechanismus der kombinierten Kahn-Wassermann-Reaktion). Nat. med. J. China, Bd. 15, Nr. 4, S. 430.

Bisher hat man geglaubt, daß das Präzipitat, das bei der Kahnschen Reaktion wie auch bei anderen Fällungsreaktionen entsteht, an sich die Komplementfixation geben könne. Des Autors Versuche zeigten aber, daß bei genügender Auswaschung des bei der positiven Kahnschen Reaktion entstehende Niederschlag dieser nicht imstande ist, das Komplement zu binden. Diese Fähigkeit besaß dagegen die überstehende Flüssigkeit; aus ihr war dies Vermögen durch Zentrifugieren nicht entfernbar, wohl aber durch Filtration mittels Seitzfilters. Bei direkter Titration des Extraktserumgemisches bei der Kahnschen Reaktion in bezug auf komplementbindende Eigenschaften ergab sich wider Erwarten, daß keine Beziehung zwischen dem Grade der Positivität der Kahnschen Reaktion und der Bindungsstärke des Gemisches bestand; wo am meisten Extrakt war, war auch die Bindung am stärksten. Aus der Gesamtheit der Versuche kann geschlossen werden, daß ein vom präzipitierenden zu trennender komplementbindender Körper nicht besteht und daß das Wesen der Komplementbindung bei der Luesdiagnose auf dem Vorhandensein invisibler Partikel im Extraktserumgemisch beruht. E. Jacobsthal-Hamburg.

Hecht, H., u. H. Haber-Prag: Vergleichende serologische Untersuchungen mit verschiedenen Methoden bei Syphilis, insbesondere Kahnscher Reaktion und Hechtscher Aktivmethode. (Dtsch. Dermatol. Kl. u. Hechtsches serol. Privatinstitut.) M. Kl., 1929, Nr. 37, S. 1434.

Die an demselben Material an zwei verschiedenen Stellen unabhängig voneinander mit mehreren Methoden vorgenommenen Untersuchungen ergaben weitgehende Übereinstimmung. Am empfehlenswertesten erwies sich die gleichzeitige Anstellung der WR, der Hechtschen Aktivmethode und der Kahnschen Flockungsreaktion; diese Kombination ergibt die meisten positiven Resultate bei erhaltener Spezifität. Negative Hechtsche Reaktion hat erhöhte Bedeutung bei Verdacht auf florider Syphilis. Bei fehlenden klinischen Stützpunkten kann schwache Reaktion mit einer

Digitized by Google

Methode nicht zur Syphilisdiagnose verwertet werden, bei schwacher Reaktion mehrerer Methoden wird der Verdacht dringend, aber erst nach Wiederholung bewiesen. Sichergestellt ist die Syphilisdiagnose bei stark positivem Ausfall mindestens einer der 3 Methoden. E. Levin-Berlin.

Blumenthal, N. L., u. A. J. Jakowleff-Leningrad: Eine neue Modifikation der aktiven Methode zur Serodiagnostik der Syphilis. Wratschebnaja Gaseta, 1929, Nr. 19.

Kombinierung der Methoden Kahn und Kadisch ergibt größere Ausbeute an positiven Seren als Originalverfahren oder WR. Zu 0,025 ccm Antigen nach Kahn wird 0,15 ccm Serum hinzugefügt. Hierauf 3 Minuten geschüttelt, danach 0,5 ccm 1%ige Hammelblutkörpersuspension hinzugefügt. Rasches Umschütteln. Wasserbad von 41° C für 5 Minuten. A. Jordan-Moskau.

Mazgon, R.-Budapest: Über die Bedeutung der Kisschen Reaktion in der Diagnose der Syphilis. (III. Med. Klin. d. kgl. ung. Pazmany-Peter-Univ.) W. m. W., 1929, Nr. 46. S. 1449.

An 3500 Fällen führte Verf. die Kisssche Präzipitationsreaktion parallel mit WR und MR aus. 486 waren + nach Wassermann, 551 nach Kiss und 385 nach Meinicke. Bei den Untersuchungen bestätigte sich der Verdacht, daß eine isoliert positive MR oft unspezifisch ist, daß dagegen der isoliert vorkommenden Kisschen Reaktion eine große, ihrer Feinheit entsprechende Bedeutung zukommt. Oft konnte bei Nervenlues mit negativer Blut-WR die positive Kisssche Reaktion durch positive WR im Liquor bestätigt werden. Der Wert dieser Reaktion liegt in der Unterstützung der ungewissen und schwach gebundenen WR. Die isolierte Kisssche Reaktion bedeutet nach der Statistik in etwa 70% eine luetische Reaktion. Sie soll aber als alleinige Reaktion nur dann angewandt werden, wenn sie vermöge ihrer technischen Einfachheit auch dann auszuführen ist, wenn die Anstellung der WR aus irgend welchen Gründen unmöglich ist. Sonst soll sie eine Begleiterin der WR sein, besonders in unklaren Nervenfällen. H. Colman-Berlin.

Therapie

Kerl, W.: Über Indikationsstellung in der Luestherapie. W. m. W., 1929, Nr. 39, S. 1223.

Frühbehandlung und Dunkelfelduntersuchung ist unerläßlich. Bei Infektionsverdacht rät Verf. die Sicherung der Diagnose abzuwarten, ehe man zur Behandlung schreitet. Ablehnung prophylaktischer Kuren auch aus dem Grunde, weil unsere Antisyphilitika bei späterer sicherer Infektion wohl nicht mit derselben Kraft wirken. Bei seronegativem P.A. ohne Drüsenbeteiligung nicht erst mit Hg oder Bi vorbehandeln, sondern sofort zu hohen Salvarsandosen greifen. Dabei fast nie Temperatursteigerung, da sich Spirochäten im Körper noch nicht reichlich vermehrt haben. Mit einer Abortivkur darf man sich nur dann begnügen, falls während dieser Kur oder positive Ausschlag der Seroreaktion ausblieb. Exzision des P.A. fördert das Dauerresultat von Abortivkuren. Verf. glaubt nicht an Zunahme der Aortitis oder Metalues infolge Salvarsanbehandlung. Betonung der Bedeutung der Haut als Abwehrorgan; Funktionssteigerung durch Schmierseifeneinreibungen, heiße Bäder, am besten wohl Höhensonne bis zu leichtem Erythem. Lymphozytose im Liquor nur von geringer Bedeutung, sehr wichtig dagegen positive WR im Liquor und positive Globulinreaktion. Bei sekundärer Lues 3 Kuren mit nur 4 Wochen Intervall mit je 5—6 g NS und Bi oder Hg. Indikation zur Malariakur ist schon gegeben, wenn 4—5 Jahre nach Infektion die Liquoruntersuchung positiv ausfällt. Bei frühen Fällen von Lues Malariakur nicht indiziert. Bei Lues III mit positivem Liquor ebenfalls Malariabehandlung, bei negativem Liquor nur Bi; NS bei Lues III nur bei Schädigung lebenswichtiger Organe oder bei Lokalisation im Bereich des Rachens. Bei Unsicherheit über das Alter der Lues und voraufgegangener Kuren mit jetzt negativen Seroreaktionen unbedingt Liquorkontrolle; erst nach zweijähriger Dauerkontrolle und eventuell provokatorischer Salvarsaninjektion Ehekonsens. Gute Resultate bei NS-Behandlung während Gravidität; keine Malariaimpfung bei Graviden. Kongenitalluetische Kinder mit positiver WR trotz ausreichender Kuren nicht weiter behandeln. Bei resistenten Fällen Wechsel der Präparate und Appilkationsart; Bildung von Abwehrstoffen durch unspezifische Behandlung unterstützen.

W. Curth-Berlin.

Digitized by Google

Bering, Fr.-Essen: Die Behandlung der Syphilis. (Städt. Hautkl.) Med. Welt 1829, Nr. 35. S. 1252.

Abortivbehandlung ist nur in ausgesuchten Fällen und nicht nach 4 Wochen nach der Infektion einzuleiten, am besten in Form der Scholzschen Schläge, morgens und abends, oder täglich eine Injektion von 0,45—0,6 ccm Neosalvarsan während 8 Tagen. Zur Allgemeinbehandlung im zweiten Stadium drei kombinierte Salvarsan-Bismutkuren im ersten Jahr, zwei im zweiten und eine dritte im dritten Jahr, ohne starre Schematisierung. In hartnäckigen Fällen ist auf Hg, vor allem auf Kalomel zurückzugreifen. Salvarsanintoxikationen werden durch Infusionen mit normalem Menschenserum und hohen Dosen Natriumthiosulfat, zweimal täglich 20 ccm einer 10%igen Lösung, intravenös bekämpft. Zur Beurteilung des Erfolges hält Verf. die Original-WR für wichtiger als die Präzipitationsreaktionen. Läßt sich kein Umschwung erreichen, so ist Malariabehandlung angebracht. Die Liquoruntersuchung wird dringend empfohlen, für die sich die Okzipitalpunktion am besten eignet. Nur im positiven Liquorbefund sieht Verf. die Indikation für Einleitung einer Malariakur. Stationäre Tabes wird nicht behandelt, aber bei fortschreitenden Prozessen verwendet die Malaria weitgehende Anwendung. H. Ress-Dessau.

Flalin-Astrachan: Lokale Behandlung der Syphilide. Med. Obosrenje Nishnej Powolshja, 1929, Nr. 5/6.

Verf. stellte bei 10 Kranken, die einer allgemeinen Hg-NS-Behandlung unterworfen wurden, gleichzeitig an verschiedenen Stellen Versuche mit je 10% Kalomel-Bismutum-subn.- und Hg-praec.-alb.-Salbe an, in bezug auf die Schnelligkeit des beginnenden und des vollkommenen Schwundes der Syphilide. Es erwies sich, daß der therapeutische Effekt der Ung.-praec.- alb.-Salbe um 1,35mal schneller als die Wismut- und um 1,71mal schneller als die Kalomelsalbe war.

A. Jordan-Moskau.

Winternitz, H., u. V. Schenk-Halle: Über ein dünnflüssiges Jodipin zur therapeutischen und diagnostischen Verwendung. (Inn. Abt. d. Elisabeth-Krankenhaus.) M. m. W., 1929, Nr. 44, S. 1840.

Da die Praxis, um in der Therapie mit möglichst kleinen Injektionsmengen auszukommen, andererseits in der Diagnostik möglichst scharfe Kontraste zu erhalten, nach einem entsprechend geeigneten Präparat drängte, versuchte die Industrie das schon vorhandene Jodipin noch mehr mit Jod anzureichern. Dies mißlang, da das angereicherte Jodipin derart dickflüssig wurde, daß es zu Injektionszwecken nicht mehr zu verwenden war. Erst als man dazu überging, statt des natürlichen festen Öles, welches man sonst zur Herstellung von Jodipin jodierte und welches chemisch einen Ölsäureglyzerinester darstellt, einen Äthylester der Ölsäure zu verwenden, bot sich eine Verbindung gewinnen, die dünnflüssig genug war, um in der Praxis Verwendung zu finden. Über die Resorptionsfähigkeit dieses dünnflüssigen Jodipins haben Verff. Versuche angestellt mit dem Ergebnis, daß dem dünnflüssigen Jodipin eine viel bessere Resorbierbarkeit eigen ist als dem dickflüssigen; allerdings ist die Ausscheidungsgeschwindigkeit ebenfalls gesteigert. Da jedoch stets mehrere Gramm injiziert werden und die tägliche Ausscheidung nur wenige Milligramm beträgt, erstreckt sich die Jodipinausscheidung auf mehrere Monate, so daß der rasche schnellere Verlust an Jod keine wesentliche Rolle spielt. Von großer Bedeutung ist, daß stets größere Jodmengen im Blut zirkulieren als es bei dem dickflüssigen Jodipin der Fall ist; mit diesem aber hat es gemeinsam, daß auch seine Jodmenge vollkommen vom Organismus ausgenutzt wird. Sprafke-Chemnitz.

Klaften, E.-Wien: Vorbeugung und Behandlung der angeborenen Syphilis. Immunität, Allergie und Infektionskrankheiten. Praktische Ergebnisse. Bd. 1. H. 10/12. S. 333. Herausgegeben von R. Degkwitz, E. Leschke, H. Schloßberger u. G. Schreiber. Verlag der ärztlichen Rundschau, Otto Gmelin, München. Einzelpreis RM. 2.—.

Verf. gibt einen Überblick über diagnostische Methoden, die es ermöglichen, so früh als möglich Syphilis bei Graviden und Neugeborenen zu erkennen. Besonders wichtig ist die Untersuchung des Retroplazentarblutes sowie des Nabelschnurblutes und der Spirochätennachweis in der Nabelschnur. Gravide erhalten zunächst 5 Injektionen Bismogenol, dann abwechselnd 2mal Bismogenol und 1mal Neosalvarsan (0,3 g pro Injektion), insgesamt 5,25 g Neosalvarsan und 1,8 g metallisches Bi. Säuglinge werden mit Kalomel (0,001 g pro Kilogramm) oder 1% Bismogenol (0,1 ccm pro dosi), dazu Neosalvarsan (0,03 g pro Kilogramm), insgesamt 1,3 g, oder Myosalvarsan behandelt. In diagnostisch unsicheren Fällen sollte auf jeden Fall eine Präventivkur durchgeführt werden. F. Harry-Wiesbaden.

Digitized by Google

Tuscherer, J.-Berlin: Zur Behandlung der Lues congenita mit Spirozid. (Univ.-Kinderkl.) Mschr. f. Kinderhlk., 1929, Bd. 45, H. 1, S. 63.

Empfehlung der Spirozidbehandlung als Methode, mit der die Lues congenita der Säuglinge bequem und ohne irgend welche Störungen behandelt werden kann. Täglich steigende Mengen fortlaufend 41 Tage lang, insgesamt 84 Tabletten: 21 g Spirozid. WR meist nach der ersten Kur bereits negativ. R. Ley-Kreuznach.

Boyd, M. L.-Atlanta: Bismuth is Absorbed (Wismut wird absorbiert). J. Am. m. Ass., Bd. 93, Nr. 4, S. 269.

Die Resorption des intraglutäal verabfolgten Wismuts wird befördert durch eine regelmäßige und mehrmals täglich vorgenommene Massage der Injektionsstelle. Verf. gibt zur Erläuterung einige Röntgenogramme bei, die von 11 Fällen stammen. Er empfiehlt auch als praktische Injektionsart für Wismutpräparate, die Injektionsnadel mit dem Wasser, in welchem sie sterilisiert wurde, angefüllt zu lassen. So schützt man sich besser vor unangenehmen Injektionen in eine Vene, da das Blut bei geringem Anziehen des Kolbens leicht in die Spritze angesaugt werden kann.

P. Seier-Heidelberg.

Sezary, A.: Les complications cutanées du traitement conjugné arséno-bismuthique (Die Hautkomplikationen bei der kombinierten Arsen-Wismutbehandlung). Progr. méd., 1929, Nr. 44, S. 1891.

Sowohl nach ausschließlicher Salvarsan- als Wismutbehandlung können ödematös-vesikulöse oder skarlatiniforme, morbilliforme, rubeoliforme, urtikarielle Exantheme auftreten, letztere besonders als das von Milian bei Salvarsan beschriebene Exanthem des 9. Tages, das kein Grund zum Aussetzen der Behandlung sein soll. Tatsächlich geht es oft nach allmählich schwächer werdenden Eruptionen (Desensibilisierung) vorüber, während in anderen Fällen sich schwerere Erscheinungen entwickeln. Beim Wismut scheint die Desensibilisierung die Regel zu sein.

E. Levin-Berlin.

Gros, Fr.: Contribution à l'étude d'une nouvelle préparation de bismuth et de calomel dans le traitement de la syphilis (Beitrag zum Studium eines neuen Wismut-Kalomel-Präparates bei der Behandlung der Syphilis). Progr. Méd., 1929, Nr. 36, S. 1499.

Es handelt sich um eine wäßrige Suspension mit 0,01 basisch kohlensaurem Wismut und 0,01 Kalomel in 1 ccm. Der Gehalt an metallischem Wismut beträgt dabei 0,04 g. Verwendet werden Ampullen von 3 ccm alle 2—3 Tage, im ganzen 12—15 Einspritzungen, bei Kindern 1—1,5 ccm. Besonders hervorzuheben ist die vollkommene Schmerzlosigkeit, die eine sonst nicht mögliche weitgehende Anwendung des Kalomels gestattet. In je einem Falle von Malum perforans bei Tabes, gummöser und sekundärer Syphilis war die Wirkung eine gute. E. Levin-Berlin.

Dreyfuss, L.-Frankfurt a. M.: Lösungsmöglichkeiten des Salvarsans in indifferenten, entgiftenden und wirkungssteigernden Flüssigkeiten. (Abt. u. Polikl. f. Nervenkranke im Städt. Krankenhaus.) M. m. W., 1929, Nr. 31, S. 1285.

Verf. gibt seine Erfahrungen mit andersartigen Lösungsmitteln des Salvarsans wieder; frisch destilliertes steriles Wasser hat Verf. wenig angewandt. Lösung in gewöhnlichem Leitungswasser, die vielfach empfohlen wurde und ohne die geringsten Störungen zur Anwendung gelangte, hat zwar den Vorteil der großen Vereinfachung, kann aber generell nicht empfohlen werden, weil die verschiedene Zusammensetzung an den verschiedenen Orten sowie eventuelle Beimengungen fester Partikelchen Gefahrenmomente darstellen. Steriles, in Quarzglasapparaten bidestilliertes Leitungswasser, das in Ampullen (Ampuwa) oder Kolben aus Jenaer Glas in den Handel kommt, hat sich besonders als günstiges, chemisch reines Lösungsmittel erwiesen. Auf demselben Prinzip beruhen die Salvarsan-Iso-Doppelampullen. Unter den die Toxizität des Salvarsans herabsetzenden Lösungsmitteln werden genannt: 1. Traubenzuckerlösung, 2. Milchzuckerlösung, 3. Detoxin, 4. Strontiuran, 5. Kalziumchloridlösung, 6. Serum. Neben der Herabsetzung der Salvarsanempfindlichkeit dieser Lösungsmittel hat der Traubenzucker, wovon durchschnittlich 20—25 ccm einer 40%igen Lösung verwandt werden, den Vorteil, daß damit gleichzeitig eine günstige Beeinflussung des so oft erkrankten Kreislaufsystems verbunden wird. Auch hat es sich besonders gut in Fällen geeignet, wo es darauf ankam, Neosalvarsan in möglichst großen Einzeldosen und rasch hintereinander zu geben, wie z. B. als Nachbehandlung malariainfizierter Luetiker. Die gleichen Dienste leistet auch eine gesättigte, gereinigte sterilisierte Laktollösung, die von den Höchster Farbwerken mit Salvarsan

Digitized by Google

als „kombinierte Packung" herausgegeben wird. Die Erfahrungen über die antitoxische Wirkung des Detoxins gegenüber Salvarsan sind noch zu gering, um ein Urteil darüber abgeben zu können. Das Strontiuran hat sich als Desensibilisierungsmittel auch dann noch bewährt, wenn die vorher genannten Lösungsmittel versagen sollten. Wegen seiner besseren Wirksamkeit ist es der Kalziumchloridlösung vorzuziehen. Die Lösung in Serum bietet keine Vorzüge und ist ihrer Umständlichkeit wegen und bei Anwendung von fremdem Serum wegen der Anaphylaxiegefahr abzulehnen. Als Salvarsankombinationspräparate zur Verstärkung der Wirksamkeit des Salvarsans haben sich besonders das Septojod und das Tonophosphan bewährt. Die potenzierte Wirksamkeit der Salvarsan-Septojodlösung, deren Verträglichkeit fast ausnahmslos eine gute war — Kontraindikation bei tuberkulösen und tyreotoxischen Individuen — schien besonders bei all den mit Gefäßlues kombinierten Formen der Neurolues in Erscheinung zu treten. Die Lösung erfolgt in etwa 10 ccm Septojod ohne Bildung eines Niederschlages. Die Kombination mit dem den Organismus stärkenden und anregenden Tonophosphan ist in der Malariarekonvaleszenz anzuraten, sie kommt aber auch ganz allgemein zur Behandlung der Lues in allen Stadien in Betracht, wenn man gleichzeitig ein energisches Stoffwechselstimulans geben will. Zur Verwendung kamen Ampullen zu 5 ccm einer 3%igen Lösung.

B. Peiser-Berlin.

Nathan, E., u. A. Munk-Nürnberg: Über experimentelle Sensibilisierungs- und Allergieerscheinungen der Haut gegenüber Salvarsan. (Hautkl. d. Städt. Krankenhauses.) Kl. W., 1929, Nr. 29, S. 1354.

Es gelingt nicht nur durch intrakutane, sondern auch durch kutane Applikation von Myosalvarsan eine Sensibilisierung gegen Salvarsan beim Menschen auszulösen. Dabei kommt es nach einem Intervall von 7—11 Tagen an der bis dahin reaktionslosen Applikationsstelle des Salvarsans zum Auftreten eines lokalen allergischen Aufflammungsphänomens und allgemeiner Sensibilisierung der Haut. Die Salvarsanüberempfindlichkeit läßt sich nicht nur durch Intrakutanreaktion mit Salvarsan, sondern in manchen Fällen auch durch eine Salvarsan-Kutanreaktion nachweisen. Bei experimenteller Sensibilisierung kann sich der Eintritt des allergischen Zustandes außer im Auftreten des lokalen Aufflammungsphänomens auch im spontanen Auftreten universeller Exantheme dokumentieren (Parallele zur Serumkrankheit der Erstinjizierten). Bei experimentell gegenüber Salvarsansensibilisierten kann auch die intravenöse Reinjektion mit Salvarsan ebenso wie die intrakutane Reinjektion, wie früher schon gezeigt, zum Auftreten universeller urtikarieller Erytheme führen (Parallele zur Serumkrankheit der Reinjizierten).

T. Benedek-Leipzig.

Nathan, E., A. Munk u. H. Grundmann-Nürnberg: Über experimentelle Sensibilisierungs- und Allergieerscheinungen der Haut gegenüber Myosalvarsan. (Dermatol. Kl. d. Städt. Krankenh.) Kl. W., 1929, Nr. 37, S. 1714.

Verf. hat an Menschen, die experimentell mit Myosalvarsan sensibilisiert waren, folgende Feststellungen gemacht: Nur beim Aufbringen von Salvarsanlösungen auf die verletzte Haut läßt sich eine Reaktion erzielen. Es handelt sich um vaskuläre Überempfindlichkeit. Es gibt auch gelegentlich bei nicht sensibilisierten Menschen eine epidermiale Salvarsanüberempfindlichkeit. Diese scheint angeboren (primär). Bei intrakutaner Applikation einer 1%igen Myosalvarsanlösung zeigte sich in allen Fällen von Überempfindlichkeit eine Reaktion. Eintritt, Art und Dauer der Reaktion wird durch den Grad der Überempfindlichkeit bestimmt. Die Reaktion ist also ein Gradmesser für die Schwere der Sensibilisierung. Diese läßt sich auch durch Injektion von Salvarsanverdünnungen (1/100 bis 1/1000000) bestimmen. Meist tritt die Reaktion innerhalb 24 Stunden auf und erreicht nach 48 Stunden ihren Höhepunkt. Die Übertragungsversuche nach Prausnitz-Küstner und Königstein-Urbach fielen negativ aus. Verschiebungen des Blutbildes waren meist nicht deutlich. Da, wo sie es waren, fand sich in der Sensibilisierungsperiode eine mäßige Leukozytose, aus der bei Eintritt der Reaktion eine vorübergehende Leukopenie wurde. Die durch perkutane oder intrakutane Erzeugung einer Reaktion bezeichnen Verff. als „lokales Aufflammungsphänomen", welches den Eintritt eines allergischen Zustandes anzeigt.

H. Colman-Berlin.

Rosenboim-Odessa: Zur Frage der Nebenwirkungen der Salvarsanpräparate auf das Nervensystem. Wratschebnoje Delo, 1929, Nr. 15.

Bericht über sechs in die Nervenabteilung des Odessaer Instituts zur Fortbildung der Ärzte eingelieferte Fälle von unangenehmen Störungen des zentralen Nerven-

Digitized by Google

systems nach intravenöser Injektion von Salvarsanpräparaten (Salvarsan, Neosalvarsan, Novosalvarsan). Es handelte sich dreimal um eine Affektion des Gehirns, von denen zwei eingingen, zweimal um Enzephelo-Myelitis und einmal um Myelitis. In allen Fällen traten die Erscheinungen nach 2—4 intravenösen Injektionen ein, aber, was besonders interessant ist, in der Hälfte der Fälle bei nachweislich nicht syphilitischen Personen (Psoriasis, Trichophytie, Syphilophobie). Es kann daher nicht von Neurorezidiven die Rede sein, sondern bloß von einer toxischen Wirkung des Salvarsans, und zwar der reinen Arsenikkomponente, wobei es sich, aller Wahrscheinlichkeit nach um hämorrhagische Prozesse handelt. Die angewandte Dosis des Neosalvarsans hatte nie 0,6 überstiegen. A. Jordan-Moskau.

Rosello, H.: Action de l'hyperpnée sur les crises nitritoides (Wirkung der Hyperpnoe auf die nitritoiden Krisen). Presse méd., 1929, Nr. 67, S. 1085.

Nach französischen Syphilidologen sind die nitritoiden Krisen (Milian) genannten Störungen bei der Salvarsaninjektion bedingt durch Verschiebung des pH des Blutes nach der sauren Seite. Bei alkalotischem Blute werden selbst Dosen von 1.80 g Salvarsan gut vertragen. Die besonders von amerikanischen Physiologen studierte aktive Überventilation der Lungen führt nebst anderen Symptomen zu vorübergehender Alkalose. Dieses einfache und harmlose, physiologische Verfahren versuchte der Verf. bei 2 Fällen von schlechter Salvarsanverträglichkeit mit gutem Erfolg und empfiehlt weitere Erprobung. H. Fischer-Prag.

Blesse, H. S.: Arsphenaminized Serum Therapie of Cerebrospinal Syphilis (Behandlung der Lues cerobrospinalis mit salvarsanisiertem Serum). J. Am. m. Ass., Bd. 93, Nr. 3, S. 175.

100 Patienten mit zerebrospinaler Syphilis, die nach intensiver Salvarsan-, Wismut- und Jodbehandlung immer noch positive WR in Blut und Liquor aufwiesen, wurden mit salvarsanhaltigem Serum intralumbal behandelt. Zur Gewinnung des Serums gab man 0,75 Neosalvarsan intravenös und entnahm nach 5 Minuten 50 ccm Blut. Nach 20stündigem Aufenthalt im Eisschrank wurde davon 15 ccm Serum inaktiviert. Durch Lumbalpunktion entnahm man dann 12 ccm Liquor zur WR, worauf das auf obige Methode gewonnene Serum auf demselben Wege intralumbal eingeführt wurde. Diese Behandlung wurde wöchentlich 1mal 6 Wochen lang durchgeführt und nach einer Pause von 6 Wochen wiederholt. Die Resultate scheinen gut. 28% der so behandelten Patienten bekamen negative WR, 31% zeigten wesentliche Besserung, und der Rest war gering oder gar nicht gebessert.

P. Seier-Heidelberg.

Mori, K,-Tokio: Die Behandlung der luetischen Zentralnervensystemkrankheiten mittels intralumbaler Proteininjektion. M. m. W., 1929, Nr. 31, S. 1288.

Mitteilung weiterer 12 Fälle, die die günstige Wirkung der intralumbalen Proteinbehandlung mittels Kaseinol bei luetischen Erkrankungen des Zentralnervensystems zeigen. Auf Grund der nunmehr an 54 Fällen von Lues cerebrospinalis, Tabes dorsalis und Dementia paralytica erzielten Erfolge zieht Verf. den Schluß, daß die Methode keiner der üblichen Behandlungsmethoden gegen die Zentralnervensyphilis nachsteht, selbst nicht der Malariatherapie, die ebenfalls durch diese Methode ersetzt werden kann. B. Peiser-Berlin.

Leven-Elberfeld: Zur Terapie der Metasyphilis. D. m. W., 1929, Nr. 35, S. 1464.

Unter Berücksichtigung der Wilmannsschen und Bergelschen Anschauungen glaubt Verf. der Gefahr der Metasyphilis dadurch wirksam zu begegnen, daß man dem Körper zunächst Gelegenheit zur Bildung genügender Abwehrkräfte gibt. Dies geschieht in der Weise, daß man die Behandlung erst einleitet, wenn die Sekundärerscheinungen sich auf der Höhe befinden oder wenn sie schon ein leichtes Abflauen erkennen lassen. Man beginne dann mit Hg oder Bi, um einen raschen Zerfall der Lymphozyten herbeizuführen. Die hierbei freiwerdende Lipase tötet die Spirochäten bzw. baut sie ab. Erst in diesem Zeitpunkt gebe man Salvarsan, um die Abtötung der Spirochäten wirksam zu unterstützen. Nur im primär-negativen Stadium ist es zweckmäßig, sofort mit der Salvarsanbehandlung zu beginnen. Das gleiche gilt für Fälle, bei denen die WR erst vor kurzer Zeit positiv geworden ist, ferner für solche, in denen es nicht zur Ausbildung größerer Syphilommassen gekommen ist. F. Harry-Wiesbaden.

Schmeidler, H.-Berlin: Unspezifische Fiebertherapie der Metalues. (Krankenhaus Bergstücken.) Med. Welt, 1929, Nr. 38, S. 1367.

Die therapeutische Wirkung des Malariafiebers ist nicht spezifischer Art, son-

Digitized by Google

dern vielleicht eine allgemeine Folgeerscheinung der Temperaturerhöhung. Von dieser Annahme ausgehend sind in den letzten Jahren die verschiedensten Verfahren angegeben worden, die das Ziel haben, die Malariainfektion zu vermeiden und durch andere, beliebig dosierbare Mittel Temperaturerhöhungen zu erzeugen. In erster Linie sind die Proteine verwandt worden; als solche haben sich Phlogetan, Terpentin, Pepton, Aolan, Milch und Natrium nucleinicum als brauchbar erwiesen, während Kaseosan abgelehnt wird. Phlogetan wird wohl am meisten benutzt und auch von Nonne zur Nachbehandlung nach früherer Malariakur verwandt. Zu denken gibt es, wenn ein Autor bei einer heroischen Behandlung der Paralyse mit Milchinjektionen und gleichzeitiger Injektion von Salvarsan jeden ersten bis zweiten Tag von 56 Fällen über 19 Todesfälle während der Kur berichtet. Trotzdem glaubt Verf. eine Überlegenheit der Milchbehandlung gegenüber der Malariaimpfung annehmen zu können. Von Lebendkulturen ist vor allem Saprovitan injiziert worden, das zwar ein wirksames, aber höchst differentes Mittel ist, vor dem mit Recht gewarnt wird. Ähnlich ist es mit den Vakzineinfektionen, abgetöteten Kulturen von Typhus, Tuberkulin und ähnlichen schwer toxischen Bakterien. Die berichteten Todesfälle sprechen eine beredte Sprache! Eine Neuerung stellt das Pyrifer dar, eine Kombination des Vakzineverfahrens mit der Proteintherapie. Hier liegt keine Gefahr vor, daß bedenkliche Intoxikationen vorkommen können. Sowohl Verf. als auch andere Autoren berichten mit diesem Mittel über gute Erfolge. H. Ress-Dessau.

Mariotti, E.-Neapel: Le iniezioni in terapia (Einspritzungen von Liquor zu Heilzwecken). Sonderdruck aus La Riforma Medica, 1929, Nr. 20.

Verf. gibt bei Paralyse jeden 7. Tag Salvarsan, steigend von 0,15—0,90, und entzieht jedesmal 15 ccm Liquor, um einen erleichterten Übertritt des Salvarsans in den Lumbalsack zu erzielen. Im ganzen werden 4,5—6,0 g Salvarsan gegeben. Dann folgen 10 Einspritzungen von Kalomelan und 12 von Jodwismutchinin. Auch hier wird alle 14 Tage Liquor entnommen. Falls die Ergebnisse noch nicht genügen, ist die Behandlung zu wiederholen. Dann läßt sich auch Liquor allein intravenös einspritzen, bei Paralysen sowie bei anderen Geisteskranken. In entsprechenden Fällen kann man auch Salvarsan im Liquor lösen und intravenös wieder einspritzen. Verf. glaubt, von den verschiedenen Behandlungsarten bei Paralyse Besserungen gesehen zu haben, besonders serologische. Bei der „Autoliquorsalvarsanbehandlung" waren in 2 bzw. 5 Fällen die Erfolge gut. Das gleiche gilt von Fällen von Epilepsie, Dementia praecox, Parkinson nach Enzephalitis, die teilweise mit 15 (!) intravenösen Einspritzungen von Liquor behandelt wurden. Natürlich kann man bei Paralyse auch Jod, Hg usw. in dem Liquor lösen. Ruge-Hamburg.

Mihaljević, F., u. G. Spengler-Wien: Über Malariakur bei Mesaortitis luetica. Med. Abt. d. Sophienspitals.) W. kl. W., 1929, Nr. 38, S. 1223.

Auf Grund längerer Erfahrungen kommt Verf. zur Ansicht, daß der mesaortitische Prozeß zwar nicht durch eine Malariakur beeinflußt wird, daß aber auch die Mesaortitis keine Gegenindikation zur Einleitung einer Malariakur darstellt, wenn nicht kardiale Insuffizienz, fortgeschrittene Arteriosklerose, Abmagerung, Kachexie, Koronaraffektionen, Tuberkulose an und für sich schon eine solche Behandlung verbieten. Wichtig ist in jedem Falle eine prophylaktische Therapie zur Stärkung des Kreislaufs. Insbesondere müssen dekompensierte Herzen zunächst wieder kompensiert und schwächliche Menschen gekräftigt werden. H. Colman-Berlin.

Tagesgeschichtliche Nachrichten

In Leiden fand am 14. März die Eröffnung der neuen Dermatologischen Klinik (Prof. H. W. Siemens) statt. R.

Nachdruck (auch des Abschnittes „Tagesg. Nachr.") ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt

Verantwortlich für die Redaktion: für Originalabhandlungen und T.N.: Prof. Dr. J. H. Ruge, Leipzig. Für den Referatenteil: Dr. Fritz Callomon, Dessau

Digitized by Google

Dermatologische Wochenschrift

Nr. 20 (Bd. 90) 17. Mai 1930

Aus der Dermatologischen Klinik des städt. Krankenhauses Nürnberg
(Vorstand: Prof. Dr. E. NATHAN)

Über juxtaartikuläre Knotenbildung bei Syphilitikern

Von

Dr. Fr. STERN, Oberarzt

Mit 4 Abbildungen im Text

Mit einer Veröffentlichung aus dem Jahre 1920, in der bei einem Schweizer, der niemals die Schweiz verlassen hatte, juxtaartikuläre Knoten (JAK.) beschrieben wurden, lenkte DE QUERVAIN die Aufmerksamkeit auf ein Krankheitsbild, das bis dahin nur in den Tropen beschrieben worden war. Es handelt sich dabei um einen Symptomenkomplex, der erstmals von LUTZ in Honolulu bei einem gleichzeitig leprös und syphilitisch infizierten beobachtet worden war. Später sah man die Erkrankung ziemlich häufig in tropischen Ländern bei von Syphilis oder Framboësie Befallenen. Aber auch in Europa wurden dann mehrere Fälle beobachtet und beschrieben. Die ziemlich umfangreiche Literatur ist von JESSNER und später von MARTIN zusammenfassend behandelt worden, so daß wir hinsichtlich aller Einzelheiten auf die Arbeiten der beiden Autoren verweisen können. In seiner letzten Veröffentlichung stellte MARTIN zusammen mit den JESSNERschen Fällen etwa 70 Fälle zusammen, die in nichttropischen Ländern veröffentlicht worden sind. Seither wurden von RÈCHE und ROSSOW noch je 2 weitere Fälle ausführlicher beschrieben. ROSSOW, dem die ziemlich umfangreiche russische Literatur zugänglich war, führte aus, daß mit seinen eigenen Fällen bisher 84 europäische Fälle beschrieben worden sind. Es handelt sich also bei den JAK. um eine relativ seltene Erkrankung. Da das Vorkommen von JAK. doch vielleicht häufiger ist, als es bis jetzt den Anschein hat, und da das Vorhandensein von JAK., um mit Rossow zu sprechen, das einzige Symptom sein kann, das unter Umständen auf das Vorhandensein einer Lues aufmerksam machen kann, da andererseits aber die Ätiologie der Erkrankung noch durchaus nicht einwandfrei geklärt ist, zur Klärung der Ätiologie aber nur solche Fälle herangezogen werden können, die niemals in den Tropen gewesen sind, erscheint es mir nicht unangebracht, nach einer ganz kurzen Übersicht über das bisher vorliegende Material über zwei in unserer Klinik beobachtete Fälle zu berichten.

Der klinische Befund, den die JAK. bieten, ist ziemlich einfach. Es handelt sich um subkutan gelegene, runde oder gelappte, knotige, meist nicht oder wenig druckempfindliche Tumoren von Erbsen- bis Hühnerei-

Digitized by Google

größe, die eine glatte Oberfläche zeigen. Die Knoten können einseitig vorkommen, wurden aber meist doppelseitig und symmetrisch angeordnet vorgefunden. Sie traten teils isoliert oder in Reihen angeordnet oder in größeren Konglomeraten auf. Meist fanden sich die JAK. auf den Streckseiten der Extremitäten in der Nähe der großen Gelenke, und zwar überwiegend der Ellenbogen- und Kniegelenke als gegen die Haut und die Unterlage gut verschiebliche Knoten. Die Konsistenz dieser Knoten war derb und fest, diejenigen Knoten, die bei ihrem Beginn eine weiche Konsistenz aufwiesen, wurden nach einer gewissen Zeit ebenfalls derber. Ab und zu wurden auch nicht streng in der Nähe der Gelenke liegende JAK. beschrieben, sie befanden sich aber dann fast stets auf den Streckseiten der Extremitäten; doch wurden auch JAK. an anderen Stellen wie z. B. über den Rippen beobachtet.

Was die Frage der Ätiologie der JAK. anbelangt, so erlauben die bis jetzt vorliegenden Untersuchungen noch keine eindeutige Antwort. Die in den Tropen beobachteten Fälle betrafen Personen, die zum größten Teil an Lues oder Framboësie litten. Ebenso wie bei der Lues traten die JAK. auch bei der Framboësie vorzugsweise erst im Spätstadium der Erkrankung, zumeist erst viele Jahre nach der Infektion, auf. Bei denjenigen Knoten, die im Verlauf einer Framboësie beobachtet wurden, ist es in einer großen Anzahl der Fälle gelungen, im Punktionssaft oder im histologischen Schnitt den Nachweis von Spirochäten zu erbringen. Bei Syphilitikern ist dagegen der Nachweis von Spirochäten noch nicht gelungen. Auffällig ist allerdings, daß manche JAK. auf eine antisyphilitische Therapie sehr prompt reagierten und sich unter deren Einwirkung zurückbildeten. Hingegen ist auch eine Anzahl von Fällen beschrieben worden, die nur sehr zögernd oder fast nicht auf eine antisyphilitische Therapie ansprachen. Hinzu kommt noch, daß in einer erst in letzter Zeit erfolgten Veröffentlichung von TAGASAKI und IKEGAMI die Autoren in den exzidierten Knoten von 48 an JAK. leidenden Personen eigentümliche Spirochäten beobachten konnten, die mit den Erregern der Lues und Framboësie weder in ihrer Form noch ihrer Größe übereinstimmten. Diese Befunde veranlaßten TAGASAKI und IKEGAMI, die JAK. als eine durch einen besonderen Erreger hervorgerufene Erkrankung anzusehen, die mit Lues und Framboësie nichts zu tun hat. Bei den in Europa beobachteten Fällen von JAK. wurde allerdings immer wieder auf die Möglichkeit eines kausalen Zusammenhanges zwischen den JAK. mit einer syphilitischen Infektion hingewiesen. Immerhin besteht aber noch die zweite Möglichkeit, daß die JAK. unter bestimmten konstitutionellen oder konditionellen Bedingungen von verschiedenen, aber biologisch verwandten Erregern erzeugt werden können. Eine endgültige Klärung der Frage der Ätiologie der Erkrankung ist somit bisher noch nicht erfolgt.

Auch der histologische Aufbau der JAK. ist keinesfalls für Lues charakteristisch. Dabei muß darauf hingewiesen werden, daß die bei den einzelnen Fällen erhobenen Befunde noch nicht einmal ein einheitliches histologisches Bild bieten. Makroskopisch sieht ein exzidierter Knoten wie ein hartes Fibrom aus, kann jedoch gelegentlich im Zentrum erweicht und mit nekrotischen Massen erfüllt sein. Histologisch fand man ab und zu ein in drei Zonen angeordnetes Bindegewebe, wie es hauptsächlich von

Digitized by Google

Jeanselme beschrieben worden ist. In der äußeren Zone fand sich ein von Rundzellen durchsetztes, entzündlich verändertes Bindegewebe. In der Zwischenzone war das Bindegewebe straffer und kernärmer. Zentral fanden sich degenerative Veränderungen mit Kernschutteinlagerung in amorphe Massen. Einige Knoten zeigten eine auffällige Armut an Gefäßen, andere dagegen waren ziemlich gefäßreich. In der Nähe der Gefäße, die häufig Intimaveränderungen aufwiesen, spielten sich entzündliche Vorgänge ab, wobei Lymphozyten und Plasmazelleninfiltrate angetroffen wurden. Bei einer weiteren Anzahl von Fällen fanden sich Riesenzellen. Bei anderen meist zentral erweichten Knoten wurden große, fettig entartete und cholesterinhaltige Zellen beobachtet, die den Zelltypen ähnelten, welche bei xanthomatösen Prozessen vorkommen. In anderen Knoten wurden zentrale Amyloidentartung oder Verkalkung vorgefunden. Dabei können noch sekundäre Infektionen das Bild in der Richtung einer eitrigen Entzündung weitgehend verändern. Traumen mit sekundären Blutungen können noch nach längerer Zeit den Nachweis von freiem Eisen bedingen.

Die Differentialdiagnose ist insofern nicht besonders schwierig, als andere entzündliche Prozesse wie Bursitiden, Tendovaginitiden, Xanthome, Gichtknoten, benigne und maligne Neubildungen und Ganglien sich anamnestisch, klinisch, histologisch und ihrem weiteren Verlauf nach im allgemeinen deutlich von dem Bild der JAK. unterscheiden lassen.

Bei der relativen Seltenheit der Erkrankung möchte ich im folgenden zwei bei uns beobachtete Fälle kurz besprechen.

Fall 1: H., Elise, 53 Jahre. Vorgeschichte: Familienanamnese ohne Besonderheiten. Pat. war nie in den Tropen oder Subtropen. Venerische Infektion unbekannt. Vor 2 Jahren Lungen- und Rippenfellentzündung, darauf Krampfadern und Schwellung der Unterschenkel, vor $^3/_4$ Jahren beiderseits Unterschenkelgeschwüre, die nach kurzer Verheilung wieder aufbrachen, deswegen Aufnahme in die Klinik. Auf genaueres Befragen gibt Pat. an, daß sie seit etwa 20 Jahren ein nur langsam wachsendes „Überbein" am linken Ellenbogen bemerkt habe, das aber keine Beschwerden verursachte. Der in der gleichen Gegend lokalisierte Ausschlag war von ihr nicht bemerkt worden.

Befund: Mittelgroße Frau in dem Alter entsprechendem Ernährungs- und Kräftezustand. Innere Organe, Nervensystem, Pupillenreaktion, Drüsen und Schleimhäute ohne Besonderheiten. Haut: Varizen an beiden Unterschenkeln mit starker Entwicklung in den Knöchelgegenden, so daß man hier eine polsterartige Vorwölbung sieht. Ebenda beiderseits in stärker entzündlich veränderter Umgebung einige bis doppelt fünfmarkstückgroße Ulzerationen, die ziemlich tief und speckig belegt sind und steile, derbe Ränder aufweisen. Auf der Streckseite des rechten Unterarms, 2 cm unterhalb des Ellekranon, ist die Haut halbkugelig vorgewölbt. Auf der Kuppe der Vorwölbung trägt die Haut scharf begrenzte, braunrote, etwa linsengroße Erhabenheiten (gruppiertes, tuberöses Syphilid). Etwa 3 cm entfernt ist die Vorwölbung von einem Kranz bräunlicher, scharf begrenzter, stark linsengroßer, serpiginös angeordneter Tubera umgeben (tubero-serpiginöses Syphilid), in deren Kette vereinzelt etwa gleichgroße, leicht deprimierte, pigmentierte Narben sich vorfinden. Die bedeckende Haut ist an dem subkutan liegenden Tumor adhärent, doch ist derselbe gegen die Unterlage gut verschieblich. Der Tumor selbst ist etwa pflaumengroß, derb, glatt und nicht druckempfindlich (siehe Abb. 1 u. 2). WR und SGR im Blut stark positiv.

Der Knoten wird in Lokalanästhesie entfernt. Dabei ist er nach Spaltung der Haut gut als Ganzes herauszuschälen. Verbindungen mit dem Knochen und der Gelenkkapsel sind nicht festzustellen. Länge des Knotens 4 cm, Durchmesser $3^1/_2$ cm. Oberfläche mit einigen kleinen Buckeln besetzt sonst glatt. Konsistenz derb. Beim Durchschneiden des exzidierten Tumors finden sich zentral zwei gallertartige, gelbbraune Erweichungsherde, welche durch eine etwa 2 mm breite Bindegewebsbrücke voneinander getrennt

Digitized by Google

sind. Die Erweichungsherde sind von einer Kapsel umgeben, die in der Peripherie des Knotens aus grauweißem, homogenem Bindegewebe besteht und im Zentrum zirkulär angeordnete, schalenförmige Schichtung zeigt, so daß die nekrotischen Herde wie von einer eigenen Kapsel eingeschlossen erscheinen (siehe Abb. 3). Bei Lupenvergrößerung sieht man auch in dieser Kapsel einzelne stecknadelkopfgroße Erweichungsherde der eben beschriebenen Art.

Histologischer Befund: Die Kapsel besteht in ihren peripheren Teilen aus einem zellarmen, kollagenen Bindegewebe, das nur von einer geringen Anzahl von unveränderten Kapillaren durchsetzt ist. Die kleineren Gefäße zeigen fast alle Wucherungen der Intima. Um die Gefäße herum findet man eine stärkere Ansammlung von Rundzellen, stärker wird diese Infiltration in der Nähe der Erweichungsherde. Hier ordnen sich große, spindelige Zellen mit größtenteils rundem, teils ovalem, aufgelockertem Kern zu pallisadenartigen Formationen meist in radiärer Stellung zu den Nekrosen. Eingesprengt findet man einige stark tingierte Lymphozyten, Gefäßneubildungen treten zurück. Riesenzellen vom LANGHANS-Typ sind nirgends zu erkennen. Ein solcher Zellwall schließt in

Abb. 1

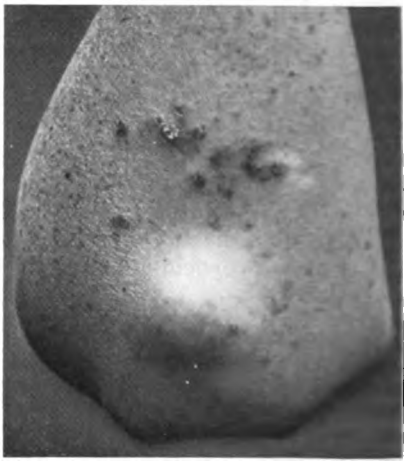


Abb. 2

Juxtaartikuläre Knoten des Fall 1 von der Seite und von oben gesehen

mehr oder minderer Breite nekrotische Partien gegen die Umgebung ab. Die Nekrosen bestehen aus meist scholligem Detritus, in dessen Zentrum starker Kernschutt mit noch selten erhaltenen Lymphozyten liegt. An einzelnen Stellen scheint nach der starken Tingierung mit Hämatoxylin Verkalkung einzusetzen. Spirochäten waren nach LEVADITI nirgends nachzuweisen.

Diagnose: Ulcera cruris varicosa. Juxtaartikuläre Knotenbildung, in der bedeckenden Haut und der Nachbarschaft tubero-serpiginöse Syphilide.

Weiterer Verlauf: Unter Jodkali und anschließender kombinierter Salvarsan-Bismogenolkur schnelle Abheilung der tuberösen Syphilide. Die Ulcera cruris überhäuten schon vor Beginn der antisyphilitischen Behandlung. WR im Blut am Ende der Kur unverändert stark positiv.

Fall 2: Herr Dr. K. KALL hat uns diesen Fall in liebenswürdiger Weise zur weiteren klinischen Untersuchung zur Verfügung gestellt. Ich möchte Herrn Dr. KALL auch an dieser Stelle dafür herzlichst danken. Der Fall wurde von Herrn Dr. KALL im ärztlichen Verein Nürnberg demonstriert.

L., Hans. 35 Jahre. Vorgeschichte: In der Familie je ein Fall von Psoriasis und Gicht. Pat. selbst war nie in den Tropen. 1909 Gonorrhoe mit „Tripperrheumatismus" beider Kniegelenke. 1919 Primäraffekt im Sulcus coronarius penis. WR im Blut mals negativ, keine sekundären Erscheinungen. Kräftige Quecksilber-Salvarsankur. WR blieb negativ. Seither ohne Behandlung. 4—5 Jahre nach der Infektion in beiden Ar-

Digitized by Google

starke Schmerzen bis zur Bewegungsunmöglichkeit in den Ellenbogengelenken. Mit abnehmenden Schmerzen traten an beiden Unterarmen unterhalb der Ellenbogen kleine, wenig schmerzhafte Knötchen auf, die im ersten halben Jahr größer wurden, dann gleich groß blieben. In den folgenden Jahren stand Pat. wegen unklarer, schmerzhafter Gelenkaffektion der Mittel- und Vorderhand (röntgenologisch handelt es sich um Verdickungen hauptsächlich an den Metaphalangealgelenken) in ärztlicher Behandlung. Seit 12 Wochen in Behandlung mit Jodkali, anfangs darauf Steigerung der Gelenkschmerzen, dann aber bedeutende Besserung. Die Knoten haben sich seither aber nicht verändert.

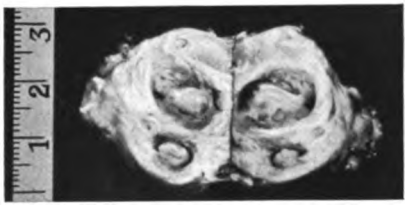


Abb. 3. Der exzidierte Knoten von Fall 1 auf dem Durchschnitt

Befund: Mittelgroßer Mann mit genügendem Ernährungs- und Kräftezustand. Innere Organe, Nervensystem, Pupillenreaktion, Drüsen und Schleimhäute ohne Besonderheiten. WR und SGR im Blut negativ. Lumbalpunktion verweigert. Extremitäten: Nirgends Beeinträchtigung der Gelenkbeweglichkeit. Unterhalb der beiden Ellenbogen finden sich in symmetrischer Anordnung halbkugelige Vorwölbungen. Die bedeckende Haut ist leicht gerötet und gespannt, glänzend und schuppend. Der linke Tumor ist etwa taubenei-, der rechte Tumor haselnußgroß, beide gegen die Haut und Unterlage gut verschieblich, von glatter Oberfläche und derber Konsistenz, ohne Druckempfindlichkeit. Exzision des linken Knoten in Lokalanästhesie. Der Knoten ist gut aus dem umgebenden Fettgewebe herauszuschälen. Gegen das Gelenk hin müssen derbere Verbindungsstränge durchtrennt werden. Der Knoten ist von glatter Oberfläche, doch sind in ihm mehrere Verhärtungen von Linsengröße herauszutasten. Auf dem Schnitt fast gleiche Verhältnisse wie bei Fall 1: Es findet sich eine derbere Kapsel und im Zentrum drei durch dünne Bindegewebsbrücken getrennte, gallertartige Nekrosen, die ebenfalls wie im ersten Fall von mehreren straffen Bindegewebslagen schalenartig umgeben sind.

Abb. 4. Juxtaartikulärer Knoten von Fall 2

Histologischer Befund: Der Nachweis von Spirochäten konnte nach Levaditi nicht erbracht werden. Der sonstige Befund läßt die gleichen Verhältnisse wie bei Fall 1 erkennen: Bindegewebsproliferation und unspezifische mit Nekrosen einhergehende Veränderungen, bei denen besonders die Armut an Gefäßen bzw. an Gefäßneubildungen auffällt.

Nach einigen Injektionen entzog sich der Pat. der weiteren ärztlichen Beobachtung, ohne daß an dem zurückgebliebenen Knoten sich eine Veränderung gezeigt hätte.

Besprechung der beiden mitgeteilten Fälle: Bei Fall 1 handelt es sich um eine bis zu ihrer Krankenhausaufnahme noch nie antisyphilitisch behandelte ältere Frau, die neben dem einen JAK. noch tertiär syphilitische Erscheinungen aufwies. Dabei ist besonders hervorzuheben, daß sich die tubero-serpiginösen Syphilide nur in der den juxtaartikulären Knoten überziehenden Haut und in dessen direkter Nachbarschaft fanden. Daß sich nur ein einseitiger JAK. feststellen ließ, ist in der Literatur öfters angeführt. Ein gleichzeitiges Vorkommen von JAK. und tuberösen Syphiliden, wobei letztere den JAK. überlagerten, wird von Cange und

Digitized by Google

Argaud sowie von Rossow beschrieben. Jedenfalls ist bei unserem Fall die Lokalisierung des JAK. und der tertiären Syphilide an der gleichen Stelle des Körpers interessant und muß hervorgehoben werden. Der Einfluß der spezifischen Therapie auf den JAK. konnte, da bei Fall 1 der Knoten zur histologischen Untersuchung exzidiert wurde, nicht beobachtet und beurteilt werden. Das Ergebnis der histologischen Untersuchung entsprach dem in der Literatur zumeist beschriebenen Befund, es fanden sich neben bindegewebiger Proliferation mit geringer Gefäßneubildung Nekrosen und unspezifische entzündliche Vorgänge.

Bei Fall 2 ist als Besonderheit der Umstand hervorzuheben, daß im Gegensatz zu den Angaben in der Literatur bei den meisten anderen Fällen bei ihm im primären Stadium der Lues, zu einer Zeit, in der eine Beteiligung der Haut und der Schleimhäute noch nicht festzustellen war, in der ferner die WR im Blut noch negativ war, eine intensive Behandlung eingesetzt hatte. Darauf waren keine anderen syphilitischen Erscheinungen mehr aufgetreten und die WR dauernd negativ geblieben. Wenn man auch annehmen kann, daß die unklaren aber auf Jodkalimedikation gut ansprechenden Gelenkveränderungen spezifische Erscheinungen waren, so muß doch betont werden, daß die JAK. den behandelnden Arzt erst auf die Möglichkeit des Vorliegens spezifischer Prozesse auch an den Gelenken aufmerksam gemacht haben. Damit betonen wir mit Rossow den Umstand, daß das Vorliegen von JAK. als ein Symptom auszuwerten ist, das auf das Vorhandensein einer Lues aufmerksam machen kann. Der Einfluß, den eine spezifische Behandlung auf die JAK. hätte ausüben können, konnte, da sich der Pat. der Behandlung entzog, nicht beobachtet werden.

Zusammenfassung

Es wird über zwei Fälle von juxtaartikulärer Knotenbildung bei Syphilitikern berichtet. Bei einem Fall war der Knoten von tuberöser Syphiliden überlagert. Bei dem anderen Fall waren die Knoten nach einer relativ intensiv behandelten primären Lues aufgetreten. Es wird darauf hingewiesen, daß das Vorliegen von JAK. auf die Möglichkeit des Bestehens einer Lues aufmerksam machen muß.

Literatur

Jessner, Kl. W., 1924, Bd. 3, Nr. 33. — Jessner, Arch. f. Derm., 1926, Bd. 151, S. 257. — Jessner, Arch. f. Derm., 1926. Bd. 152, S. 132. — Kall, Demonstration ärztl. Verein Nürnberg, M. m. W., 1927, Nr. 25, S. 1077. — Martin, Arch. f. Derm., 1928, Bd. 154, S. 26. — Tièche, Referat auf dem schweiz. Dermatologenkongreß 1929. — Tagasaki u. Ikegami, Ref. im Zbl. f. Haut- u. Geschlechtskrkh., 1929, Nr. 26, S. 61. — Rossow, Arch. f. Derm., 1929, Bd. 157, S. 677.

Digitized by Google

Aus dem Dermatologischen Ambulatorium am Dzerdzinsky-Krankenhaus für trichophytiekranke Kinder in Moskau (Leiter: Dr. A. Arijewitsch)

Zur Frage der Pilzerkrankungen der Augenlider und Wimpern

Von

Dr. A. Arijewitsch

Mit 1 Abbildung im Text

Wenn schon die mykotischen Affektionen der Augenbrauen nicht besonders oft angetroffen und als seltene Form dieser oder jener Mykose beschrieben werden, so sind die Fälle von Herpes tonsurans der Lider und Wimpern äußerst selten und kommen nur als Einzelbeobachtungen vor. Es sind solche Fälle von Sabouraud, Mibelli, Pais, Pellizzari, Majocchi, Truffi, Behdjet, auch bei uns in Rußland von Lurje und Zwitkis beschrieben worden. Die zwei letzteren russischen Autoren haben unter 7500 Kranken im Laufe von 6 Jahren nur einmal eine Affektion der Wimpern bei einem 10jähr. Knaben beobachtet, wobei derselbe zugleich auch einen Herd am behaarten Kopfe zeigte.

Wir selbst haben unter 6000 Kranken sowohl im Ambulatorium wie in der stationären Abteilung einige Fälle von Trichophytie der Augenbrauen, aber bisher kein einziges Mal eine Erkrankung der Augenlider oder Wimpern gesehen.

Es ist besonders bemerkenswert, daß diese Erkrankungen weder von uns noch von anderen Autoren, auch selbst bei Kranken mit sehr ausgebreiteter Trichophytie des behaarten Kopfes, der glatten Haut, der Nägel, der Handflächen usw. angetroffen wurden. Wir neigen zu der Ansicht, daß die Seltenheit dieser Affektionen nicht nur von der physiologischen Beweglichkeit der Augenlider abhängig ist, sondern auch davon, daß die Wimpern und ebenfalls die Augenbrauen einen schlechten Nährboden für das Einnisten und die Entwicklung der Pilze darstellen. Daher beanspruchen diejenigen Blepharitiden mit Affektion der Wimpern besonderes Interesse, die ohne irgend welche Herde am behaarten Kopfe oder den übrigen Körperteilen verlaufen.

Es ist selbstverständlich, daß diese Fälle in Anbetracht der großen Verbreitung der Pilzerkrankungen nicht nur ein theoretisches bzw. kasuistisches Interesse besitzen, sondern auch eine große praktische Bedeutung haben; eine richtige und rechtzeitige Diagnose dieser Formen, besonders bei isolierter Affektion der Lider ist sowohl für die Therapie als auch für die Epidemiologie von immenser Bedeutung. Daher ist die Veröffentlichung solcher Fälle sowohl im Interesse der Dermatologen als auch besonders der Augenärzte, an welche solche Kranke sich zu allererst wenden, gerechtfertigt.

Knabe, 10 Jahre alt[1]), stammt aus einer Familie von 8 Personen, die Mutter mit 2 Kindern hatte wegen einer Erkrankung des behaarten Kopfes die Ambulanz schon früher besucht. Die Erkrankung derselben entpuppte sich als Mikrosporie, und es wurden daher alle anderen Glieder der Familie nach der Ambulanz beordert. Bei der Mutter wurden typische mykotische Herde am Unterschenkel und bei 5 Kindern von $1^1/_2$, 3, 6, 8 und 14 Jahren Herde auf dem behaarten Kopfe und auch am Rumpf festgestellt. Der Vater erwies sich als gesund. Die ganze Familie bewohnt nur ein Zimmer, alle Kinder schlafen zusammen. Der Vater ist Lastfahrer. Im Hofe befindet sich ein Pferdestall, welchen die Kinder oft besuchen. Als Infektionsquelle muß daher ein Pferd angesehen werden, bei dem der Vater „schuppende Flecke" am Halse bemerkt hat.

Mikroskopisch wurde an den Haaren der affizierten Stellen bei allen Kranken der Mikrosporonpilz nachgewiesen, der auch bei Aussaat auf dem Sabouraud-Nährboden die entsprechenden Kulturen ergab.

Bei dem betreffenden Knaben waren weder Herde auf dem behaarten Kopfe noch auf der Haut; es wurde nur eine ausgesprochene Blepharitis des rechten Auges gefunden. Erst bei sorgfältiger Untersuchung konnte man das charakteristische Aussehen der Wimpern bemerken und auf diese Weise den Pilzcharakter der Erkrankung aufdecken.

[1]) Der Kranke wurde in der Moskauer Derm. Ges. demonstriert.

Digitized by Google

Anamnese: Patient ist einen Monat krank. Vor einer Woche Brennen des Auges gleichzeitig mit reichlicher eitriger Absonderung.

Status praesens: Die Affektion ist nur an den Rändern beider Lider des rechten Auges lokalisiert. Die Haut der Lider zeigt keine Herde oder Veränderungen. Die freien Lidränder sind hyperämisch, ödematös und mit Pustelchen und gelben Krüstchen bedeckt; am äußeren Rande des oberen Lides sieht man ein Hordeolum. Die Bindehaut ist stark hyperämisch, ödematös und sondert viel Eiter ab (Abb. 1). Es fällt eine Verringerung der Zahl der Wimpern im Vergleich mit dem gesunden Auge auf. Bei aufmerksamer Betrachtung, besonders mit Hilfe der Lupe, sieht man, daß einige Wimpern an ihrer Basis abgebrochen sind und in Form von schwarzen Pünktchen hervortreten; andere wieder sind am freien Rand verdünnt und von der Follikelmündung an bis ungefähr zur Hälfte ihrer Länge mit einem grauen Belag in Form einer Hülse umgeben. Letzterer Umstand, das ist Anwesenheit des charakteristischen Überzugs an den Wimpern, der sog. „Muff", gab uns Gelegenheit, schon klinisch die Diagnose der Mikrosporie zu stellen. Bei der mikroskopischen Untersuchung der Wimpern wurde das typische Bild eines mit dem Pilz Mikrosporon affizierten Haares nachgewiesen. Der graue Belag-„Muff" besteht aus kleinen abgerundeten Sporen, die sich als diffuse Masse mosaikartig um das Haar anordnen. Im Innern des Haares sind keine Sporen; in den, den Augenliderrändern entnommenen Schuppen und Krüstchen sieht man wenige dünne, meistens kurze, zuweilen sich distomisch teilende Fäden von Myzelien.

Abb. 1

Was die Konjunktivitis anbelangt, so wurden keine Sporen oder Myzelien im Eiter gefunden. Wir sind der Ansicht, daß wir es hier nicht mit einer spezifischen, durch den Pilz hervorgerufenen Konjunktivitis, die wir als Conjunctivitis microsporica bezeichnen könnten, zu tun hatten, wie das von Milian und Lelong und Leszczyssky angenommen wird, welche die von ihnen beobachteten Bindehautentzündungen als „Conjunctivitis und Keratoconjunctivitis trichophytica" gedeutet hatten. Es scheint, daß man es in allen solchen Fällen mit einer allergischen Reaktion von seiten der Konjunktiva auf Toxine der Pilze, die an den Rändern der Lider in naher Nachbarschaft mit der Schleimhaut parasitieren, zu tun hat.

Die Aussaat der affizierten Wimpern auf Saboureaud-Nährboden ergab Pilzkulturen, die ganz ähnlich denjenigen aussahen, die bei den anderen Gliedern der Familie gezüchtet worden sind. Das Wachstum des Pilzes begann schon am 3. Tage, und eine in der Erlenmeyerschen (von 250,0) Kolbe gewachsene Kolonie erreichte am Ende der 4. Woche 6 cm im Durchmesser.

Weiterhin erlitten dieselben eine pleomorphe Degeneration. Bei der mikroskopischen Untersuchung der Kultur wurden unter den Myzelien eine große Menge mehrkammeriger (4—12 Kammern) Spindeln entdeckt, die für die Tiermikrosporie charakteristisch sind. Somit gab der Charakter der Kultur ihr schnelles Wachstum, die Anwesenheit zahlreicher mehrkammeriger Spindeln und das Erscheinen des Pleomorphismus die Möglichkeit, die betreffende Kultur der Mikrosporie als „Microsporon lanosum" zu differenzieren.

Was die Therapie anbelangt, so genügte die Epilation der erkrankten Wimpern mit der Wimpernpinzette, ohne Medikamente die Erkrankung im Laufe von einigen Tagen zum Stillstand zu bringen.

Der beschriebene Fall gewinnt hauptsächlich durch die isolierte Affektion Lider und Wimpern und durch die Schwierigkeit der Diagnose an Interese. Ferner war zum Unterschied von ähnlichen Fällen anderer Autoren als Erreger der Erkrankung in unserem Fall nicht der Pilz Trichophyton, sondern Mikrosporon.

Der Fall ist auch vom epidemiologischen Standpunkt interessant. Die ursprüngliche Infektionsquelle war höchstwahrscheinlich das kranke Pferd. Alle Literaturangaben bezeichnen das Mikrosporon als den beim Pferde am häufigsten vorkommenden Pilz. So hat Brocq-Rousseau diesen Pilz bei 31 von 36 an Dermatomykosen leidenden Pferden gefunden.

Digitized by Google

Zum Schluß sei bemerkt, daß unser Fall ein übriges Mal bestätigt, daß die Mikrosporie die Eigenschaft besitzt, familiäre Epidemien hervorzurufen.

Literatur

1. Behdjet, Houloussi, Derm. W., 1927, Nr. 29. — 2. Brocq-Rousseau, Presse méd., 1926, Nr. 21. — 3. Leszczynski. R., Ann. de Derm. et de Syph., 1923, Bd. 4, Nr. 8/9. — 4. Lurje u. Zwitkis, Derm. W., 1928, Nr. 29. — 5. Milian u. Lelong, Bull. de la soc. franç. de derm. et de syph., 1923, Nr. 1. — 6. Miescher, G., Handb. d. Haut- u. Geschlechtskrkh. von Jadassohn, Berlin 1929. — 7. Mibelli, Majocchi, Pais, Pellizzari, Sabouraud, Truffi zitiert nach Miescher.

Aus dem Stadtkrankenhause Zittau (Direktor: Ob.-Med.-Rat Prof. Dr. C. Klieneberger)

Akroasphyxie der Hände mit blander Resorption der Fingerenden

Von

Carl Klieneberger

Mit 1 Abbildung im Text

Es ist Lehrmeinung, daß die periphere Kreislaufbewegung durch das Spiel symathisch innervierter Vasomotoren geregelt wird. Die Verbindung solcher nervöser Voränge mit endokrinen und elektrischen Einflüssen ist wahrscheinlich. Das Spiel der asomotoren, sei es mehr nervös oder muskulär bzw. unlösbar verknüpft, ist abhängig om Zentralnervensystem, abhängig vom großen Kreislauf und weitgehend durch Anlage, urch besondere innere und äußere Vorgänge beeinflußbar. Erblassen durch Schreck, rröten und Heißwerden durch Erregung zeigen, wie rasch zentrale Vorgänge periphere rscheinungen auftreten lassen können.

Die Zustände örtlicher peripherer Erythrose und Zyanose hängen u. a. von Lähmungsnd Kontraktionszuständen, von örtlichem Nervenreiz (Dermographie), oft auch von der lutbeschaffenheit, von Alters-, Herz- und Gefäßveränderungen ab. Die Beeinflussung eripherer Zirkulation durch Kälte und Wetter, durch Infekt, Intoxikation, Trauma, ielleicht entsprechend besonderer Anlage, macht sich oft erst nach längeren Zeiträumen cher bemerkbar. Starke Einwirkungen freilich, besonders Erfrierung und Verbrennung, önnen rasch auftretende Veränderungen zur Folge haben.

Die Bezeichnung Vasomotorenneurose für bestimmte periphere Krankheitserscheinngen, bei denen allgemeine nervöse Momente besonders beteiligt erscheinen, ist noch blich. Es ist Aufgabe der Klinik, die getrennten Zustandsbilder zu verbinden und im nzelnen klinisch nach Anlage, Ursachen und Verlauf zu klären. Dabei denke ich an e Begriffe Akrozyanose, Akroasphyxie, Erythromelalgie, Raynaud-Syndrom im benderen. Bekannt sind die Zustände von raschem Erblassen von Zehen, Fingern, Nase ch Eintauchen in kaltes Wasser. Solche Zustände imponieren mitunter als Gefäßasmen. Bekannt ist auch bei manchen Individuen periphere Zyanose bei kaltem Wetter, tliche Zyanose am Ringfinger. In der Wärme treten dann bei lebhafter Rötung Schmerzen r betreffenden Glieder auf. Solche „Normzustände" leiten zu den Vasomotorenneurosen Raynaud" und Akrozyanose bzw. Erythromelalgie fließend über.

Ich berichte in der Folge über eine Jahrzehnte bestehende erythromelalgisch-akrophyktische Affektion bei einer nunmehr 49jähr. Patientin. Ohne daß „Raynaud-Anfälle" mals auftraten, sind Phalangenenden allmählich resorbiert (keine Gangränerscheinungen). e Knochenaufsaugung ist röntgenographisch erkennbar. Bemerkenswert ist die Verüpfung mit frühen Menstruationsstörungen und mit Blutveränderungen (u. a. niedrige ättchenzahl) sowie die pyknische Anlage. Konstitutionelle, endokrine und örtliche aktive Krankheitserscheinungen sind unlösbar miteinander zum Symptomenkomplex pitzenveränderungen" verknüpft.

A. K., 49 Jahre. 15. III.: Größe 150 cm, Gewicht 68,5 kg. Außer Masern Blindrmreizung bzw. -entzündung, Rippenfellentzündung, Anamnese belanglos.

Digitized by Google

Seit 1912 Beschwerden in den Händen, zunehmende Verschlimmerung besonders seit 1927. Die Hände sind wie eingeschlafen, gefühllos, Nähen (Einfädeln) seit langen Jahren nicht mehr möglich. Hausarbeit erschwert, Schmerzen in der Kälte (besonders beim Kartoffelschälen). Invalidisierung vom Ref. 1919 als Akroasphyxia chronica, Grenzzustand zwischen Erythromelalgie und Raynaud ohne Anfälle. In den letzten Jahren sind die Finger kleiner geworden, der Nagel des rechten Mittelfingers ist ohne Eiterung ohne Verletzung abgegangen. Zuletzt ist kaum Hausarbeit noch möglich. Regel seit 10 Jahren unregelmäßig, postponierend, erst Wochen, später bis 1 Jahr Intervall. Letzte Menstruation — Beginn mit 17 Jahren, regelmäßig — Ende XII. 1929.

Pyknischer Typ, adipös, defektes Gebiß. Etwas hebender Stoß, leises systolisches Mitralgeräusch. R. R. 170/80 mm Hg. Pedes plani, Genua vara, verhornte Haut der Plantae pedum, mäßige bläuliche Rötung an den entblößten Füßen ohne besondere Veränderung.

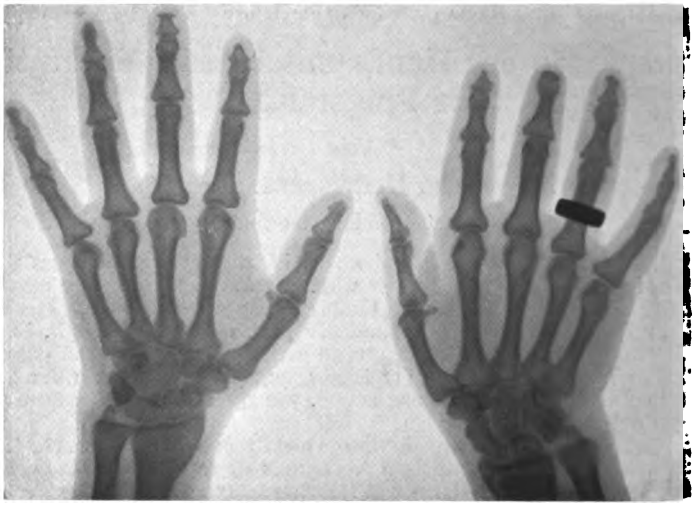


Abb. 1

Finger geschwollen, zyanotisch, kühl; in der Wärme Finger gerötet, nur Ringfinger bleibt stark zyanotisch und kühl. Besonders verdickt sind die Fingerbeere. Fingernägel stark gerundet, Endphalangen verkürzt, Endglied des rechten Mittelfingers verkrüppelt, geringer Nagelrest. Leichtes Gedunsensein bis Mittelhand, kein Faustschluß der Hände möglich. Handinnenflächen weich. In den Endgliedern besonders Index, Pollex, Sensibilität für alle Qualitäten herabgesetzt, Mittelphalangen geringere Sensibilitätsstörung, weiter zentral normale Empfindung.

Gefäße — Arterien — normal fühlbar, Puls 80, Dorsalis pedis links stärker als rechts pulsierend (Sensibilität, Zehen normal). Röntgenbild, Hände: Finger leicht gedunsen bis Grundphalanx, Endglieder der Phalangen mehr weniger resorbiert, besonders rechte Mittelphalanx. Die Endphalangen durchweg verschmälert, an den Enden ausgesogen. Knochenstruktur sonst o. B.

Hb. 62%, R. 4430000, W. 6000, Ly. gr. 1%, kl. 36%, My. 1/2% (!), Stab. 1 1/2, Segm. 53%, Eos. 1%, Ba. 1/2%, Übg. 6 1/2%, Pl. 54960.

Reaktionszeit: 6 Sek., Gerinnungszeit: 4 Min. WR —, SGR —, DM —.

Digitized by Google

Aus der Abteilung für Haut- und Geschlechtskrankheiten des Wilhelminenspitals, Wien, 16
(Vorstand: Prof. Dr. OPPENHEIM)

Über die Röntgenbehandlung der Paget Disease

Von

Dr. I. MUENDE in London
(Radcliffe Crocker Travelling Scholar 1929—1930)

Die Paget disease wird gegenwärtig von den meisten Autoren als präkanzeröse Erkrankung der Epidermis aufgefaßt, die entweder primär in den Zellen des Oberflächenepithels entsteht oder durch das Eindringen von gewucherten Epithelzellen der Milchdrüsengänge verursacht wird. Unser therapeutisches Bestreben muß deshalb darauf gerichtet sein, das erkrankte Gewebe möglichst vollständig zu zerstören, so daß später keine Rezidiven auftreten können. Um dieses Ziel zu erreichen, stehen uns Radium, Thorium oder Röntgen zur Verfügung. Über den Erfolg der letztgenannten Therapie soll im folgenden berichtet werden.

Wenn die Erkrankung nur oberflächlicher Natur ist, so können wir durch eine derartige Therapie ein befriedigendes Resultat erwarten, so wie wir es beim Ulcus rodens z. B. erzielen. Wenn jedoch die Pagetsche Erkrankung von einer präkanzerösen Umwandlung des Milchdrüsenepithels in der Tiefe seinen Ausgangspunkt nimmt, dürfen wir keineswegs auf ein ebenso günstiges Resultat hoffen. Wir wissen ja, daß auch die Adenokarzinome der Mamma bedeutend bösartiger sind als die Epithelkarzinome und sich daher sogar gegen eine energische Strahlentherapie ziemlich refraktär verhalten. So berichtet DOBKEWITSCH, MOUCHONGUET und NAHAN über einen Fall von Paget mit Infiltratbildung in der Tiefe und Ergriffensein der Axillardrüsen, der durch Röntgen zunächst scheinbar vollständig geheilt wurde, wie durch die histologische Untersuchung bestätigt werden konnte. Nach 3 Jahren entwickelten sich jedoch an zwei anderen Stellen der Brust eigroße Tumoren, die eine Operation notwendig machten. Die Untersuchung ergab, daß es sich um ein Adenokarzinom handelte. Die ursprünglich erkrankt gewesene Stelle wurde jedoch frei von karzinomatösen Veränderungen gefunden. Dieser Fall zeigt, daß, wie wir oben vermutet haben, zwar der oberflächliche Paget durch Röntgenbehandlung zerstört werden kann, nicht aber das Karzinom in der Tiefe. Die erzielte Heilung war demnach nur eine scheinbare, denn die Radikaloperation konnte nicht vermieden werden.

Dagegen konnte LILIENSTEIN eine günstige Beeinflussung feststellen, ebenso wie HOLZKNECHT, HARTZELL, FORDYCE, DARBOIS, BELOT, MEEK (nach WETTERER). WETTERER selbst ist zwar der Meinung, daß der Paget immer seinen Ausgangspunkt von den Milchgängen nimmt, berichtet aber dennoch, daß er mit der Röntgentherapie ebenso gute Resultate erzielt habe wie beim Hautkrebs. ARZT und FUHS jedoch glauben, daß nur bei den ganz oberflächlichen Prozessen eine Heilung erzielt werden kann, und sind der Meinung, daß eine jahrelange Kontrolle un-

Digitized by Google

bedingt notwendig sei. Tiefer sitzende Prozesse halten sie für ziemlich unbeeinflußbar.

Wie vorsichtig Erfolge, die durch Röntgen erzielt werden können, beurteilt werden müssen, zeigt unser Fall[1]):

W. S., 52 Jahre.

Anamnese: Seit ungefähr einem Jahr besteht auf der linken Brust um die Mamilla ein zirkulär angeordnetes, teilweise nässendes Ekzem, welches trotz Behandlung nicht heilte.

Status praesens: An der linken Mamma an der Stelle der Mamilla eine trichterförmige Einziehung. Die Haut der Brustwarze ist umgewandelt in einen scharf kreisförmig begrenzten, ungefähr 2 cm großen Plaque, dessen Ränder ein wenig aufgeworfen und mehr gelblich gefärbt sind, während das Zentrum mehr rötlich ist. Die Konsistenz etwas vermehrt. Die Oberfläche an einzelnen Stellen exkoriiert, auch leicht nässend. Die Mamma selbst zeigt keine Konsistenzvermehrung. Keine Drüsenschwellung. WR negativ.

Histologischer Befund: Das Rete Malpighii zeigt leichtes, unregelmäßiges Tiefenwachstum der Retezapfen. Die einzelnen Zellen weisen ausgesprochene intrazelluläre Ödeme auf, die zur Bildung zahlreicher großer Zellen führten, welche mit den Nachbarzellen nicht durch Protoplasmabrücken verbunden sind. Die Kerne dieser Pagetzellen haben verschiedene Form, manchmal polynukleär und hyperchromatisch. Sie finden sich in großer Zahl auch in den Haarfollikeln. Zahlreiche Lückensysteme sind dadurch entstanden, daß bei einzelnen Teilen der zusammenhängenden Zellmassen die Stacheln verschwunden sind. Die darüberliegende Hornschicht zeigt mangelhafte Verhornung.

Da die Patientin die Operation verweigerte, wie ihr vorgeschlagen wurde, versuchten wir die Röntgentherapie. Wir bestrahlten die Brust in folgender Weise:

	Feld cm	Einheiten H	Filter mm Al	Entfernung cm	Zeit Min.
15. X. 1928	2 × 2	$5^1/_2$	1	30	11
18. X. 1928	15 × 15	7	4	40	20

Bereits nach 3 Wochen begann die erkrankte Stelle abzublassen, sie war trocken und überhäutete sich mit normaler Epidermis. Am 7. I. 1929 wurde die Patientin sicherheitshalber nochmals behandelt, und zwar wurde ein Feld von 8 × 10 cm mit 5 H gefiltert durch 1 mm Al., 30 cm Distanz, 5 Min. lang bestrahlt. Die Brust zeigte, von der Einziehung der Mamilla abgesehen, keine pathologischen Veränderungen, so daß wir die Patientin als geheilt betrachteten. Eine Probeexzision aus dem mit Röntgen bestrahlten Gebiete ergab jedoch folgenden histologischen Befund: Die Zellen der Rete Malpighii zeigen im allgemeinen keine Veränderungen. Die Epidermis-Kutisgrenze ist scharf. Im Papillarkörper herdweises Rundzelleninfiltrat. Nur in einigen Schnitten fand sich an einer Stelle eine kleine Gruppe von Pagetzellen, welche im Rete Malpighii eingesprengt waren. Keine Lückenbildung im Epithel.

Nach ungefähr 2 Monaten stellte sich die Patientin wieder vor. An Stelle der ursprünglichen Erkrankung hatte sich eine glatte Narbe gebildet. Unmittelbar an die Narbe schloß sich ein schmales Band normale Haut an. Darauf folgte dann ein halbmondförmiger, ungefähr 1 cm breiter, roter, nässender, ekzemartiger Ring, der klinisch die typischen Zeichen der PAGETschen Erkrankung zeigte. Es hatte sich also innerhalb kurzer Zeit ein Rezidiv gebildet, welches verhältnismäßig rasches Wachstum zeigte. Da wir von einer Wiederholung der Röntgentherapie keinen endgültigen Erfolg mehr erwarteten, rieten wir der Patientin abermals zur Operation, zu welcher sie sich nach längerem Zögern entschloß. Es wurde dann die Ablatio mammae durchgeführt mit ausreichender Ausräumung der axillaren Drüsen.

[1]) Vorgestellt von FESSLER in der W. derm. Ges., Sitz. am 20. XII. 1928.

Digitized by Google

Die Untersuchung des Präparates ergab, daß die Mamilla derb und eingezogen war. Die Mamma war von zahlreichen derben Bindegewebsstreifen durchsetzt, die Axillardrüsen waren klein, kaum tastbar. Die histologische Untersuchung ergab: die Haut der Mamilla und des Warzenhofes zeigte stellenweise entzündliche Infiltrate, ferner fibrös-hyaline Verdichtung. Keine Vermehrung des Drüsengewebes und der Ausführungsgänge. Die Zapfen der Epidermis unregelmäßig und etwas verlängert, doch überall basal gut abgrenzbar. In der Epidermis selbst mehrere Gruppen von typischen Pagetzellen, die teils knapp unter dem Stratum keratohyalinum, teils in den tieferen Schichten des Rete Malpighii liegen. An diesen Stellen Bildung von großen Lücken, die die normale Struktur vollkommen zerstören.

Zusammenfassung

Unser Fall von Paget zeigt, daß, obwohl es sich um einen rein epidermalen Prozeß handelte, bei dem große Felder mit hoher Röntgendosis bestrahlt worden waren, sich dennoch die Röntgentherapie als unzulänglich erwies. Die Heilung war nur eine Pseudoheilung, denn nach kurzer Zeit entwickelte sich ein progredientes Rezidiv, so daß schließlich doch die Radikaloperation notwendig war. Es ergibt sich daraus die Folgerung, daß auch beim oberflächlichen Paget durch die Röntgentherapie die Gefahr der Rezidiven nicht mit Sicherheit vermieden werden kann. Es ist daher auch für rein epidermale Fälle von Paget, ebenso wie für jene Fälle, bei denen das Epithel der Milchdrüsengänge ergriffen ist, die Behandlung mit Röntgenstrahlen abzulehnen.

Literatur

Wetterer, I., Handb. der Röntgen- und Radiumtherapie, 1928, Bd. 2, S. 351. — Arzt, L. u. Fuhs, H., Röntgen-Hauttherapie, 1925, S. 132. — Dobkewitsch, S., P. Moulonguet et Nahan, Ann. d'anat. pathol. et d'anat. norm. med. chir., 1927, Bd. 4, Nr. 8, S. 927. — Lilienstein, Zschr. f. Haut- u. Geschlechtskrkh., 1925, Bd. 16, S. 16, 1926, Bd. 19, S. 194.

Versammlungen

Berliner Dermatologische Gesellschaft

Sitzung vom 12. November 1929

Bericht von L. Kleeberg-Berlin

Loehe: Gedächtnisrede auf Arndt.

Universitäts-Hautklinik:

Gottron: 1. Akut einsetzende Pityriasis lichenoides.

28jähr. Arzt. Stamm und Extremitäten innerhalb von 10 Tagen mit Effloreszenzen übersät. Ursprünglich einer Pityriasis rosea ähnlich, später knötchenförmige Gebilde, die Bläschen aufwiesen. In der 3. Woche hämorrhagisch-nekrotische Erscheinungen, auch an Hand und Fingerrücken. Jetzt das gewöhnliche Bild der Pit. lich. Pirquetsche Reaktion stark pos., sonst kein Zeichen aktiver Tbc. Blutdruckwerte schwanken.

2. Xanthomatöse Degeneration in Narben tuberöser Syphilide.

55jähr. Pat., bei dem es 37 Jahre nach der Infektion zu tuberösen Syphiliden kam, die auf Jodkali heilten. Einzelne Narben fielen als strohgelbe Gebilde auf (xanthomatös degeneriert). Histologisch Xanthomzellen in den alten Narben.

Digitized by Google

3. Epidermolysis bullosa.

27jähr. Pat., seit 2 Jahren Neigung zu Blasen, stets auf die Handrücken beschränkt. Der Vater soll das gleiche Krankheitsbild aufweisen. Neurologische Untersuchung ergab multiple Sklerose.

4. Hämorrhagische Diathese der Haut bei Lungentuberkulose.

55jähr. Mann, Tuberkulose der Lunge und des Kehlkopfs. Seit Mai 1929 petechienartige Blutungen in symmetrischer Verteilung an Armen und Beinen. Beugen stärker befallen. Rumpel-Leede neg., hämatologisch keine wesentliche Abweichung von der Norm. Thrombozyten nicht vermindert. Differentialbild: 10% stabk., 53% segmentk., 6% Eos., 16% Lymphoz., 11% Monoz., 3% Reizungsformen, 1% Mastzellen. Im Beginn eines neuen Rezidivs ödematöse Erytheme, in die Punktblutungen erfolgten (Schönlein-sche Purpura). Das Exanthem trat immer nach Biergenuß in Erscheinung. Ob die hämorrhagische Diathese mit der Tuberkulose in Beziehung steht, muß offen bleiben.

5. Ungewöhnlich stark ausgeprägte warzige Psoriasis vulgaris.

74jähr. Mann. Die hauptsächliche Veränderung in Form eines handflächengroßen Herdes auf der Streckseite des linken Unterschenkels. Die bläulichrote Wucherung mit krustösen Auflagerungen bedeckt, die tiefe Einrisse aufweisen. Ähnliche kleinere Herde auf den Gesäßbacken und Ellenbogen. Histologisch papillomatöse Wucherung des Papillarkörpers.

6. Erythema induratum und Sarkoid Darier-Roussy.

44jähr. Mann. Hautaffektion besteht mit Unterbrechung seit 6 Jahren. An den Unterschenkeln bis fünfmarkstückgroße Erytheme mit plattenartigen Infiltraten; teilweise ulzeriert. Die zum Teil narbig abgeheilten Herde weisen strangförmige Anordnung auf. Am Arm den Sarcoides noueuses entsprechende tiefer gelagerte Knoten, ebenso auf den Gesäßbacken. Andere symmetrisch verteilte Sarkoide nur bei Betastung wahrnehmbar. Histologisch in der Subkutis gelagerte entzündliche Veränderungen. Plasmazellen fehlen. Epitheloidzellen, Knötchen besonders in der Peripherie, vereinzelt Riesenzellen.

Freund, H. (Universitäts-Hautklinik): 1. Gruppiertes, großpapulöses Tuberkulid.

42jähr. Pat., Mutter und ein Bruder an Tuberkulose gestorben. Vor 22 Jahren Schanker, 6 Schmierkuren. Seit 8 Jahren Blaufärbung der Beine und Ellenbogengegend. Seit 1 Jahr die jetzt bestehenden Knötchen. Befallen beide Beine, die Ulnarstreifen beider Unterarme. Man sieht braunrote und livid gefärbte, bis linsengroße, in bis kleinhandtellergroßen Gruppen zusammenstehende, derbe Knötchen. Bei Glasdruck keine Farbveränderung. Nirgends Nekrosen. Keine Drüsenschwellungen. Auf der r. Wade eine größere, zentral gelegene, in Abheilung begriffene Papel, umgeben von kleineren hellroten Knötchen. Pirquet ++++, WR negativ. Beine und Ellenbogengegend bläulich verfärbt. Hautatrophie nur andeutungsweise vorhanden. Lungen (Platte): Alte Hilustuberkulose. Keine rezente Erkrankung. Bemerkenswert die Luesähnlichkeit.

2. Scleroedema adultorum.

37jähr. Witwe. Seit 8 Jahren Menopause. Januar 1929 Grippe, bald danach Beginn der Hautveränderung, zuerst an Gesicht und Nacken. Allgemeinbefinden ungestört, schwitzt leicht. Befallen sind Gesicht, Hals, Nacken, Ober- und Unterarme. Bäder, Massage, inkretorische Präparate, danach beträchtliche Rückbildung. Bemerkenswert ist, daß ein extrasellarer Hypophysentumor gefunden worden ist.

3. Fox-Fordycesche Krankheit.

73jähr. Pat. Seit 1 Jahr bestehend. Befallen Achseln und Mons Veneris. Stecknadelkopf- bis hanfkorngroße blasse oder schwach rosafarbene Knötchen. Haare fehlen größtenteils. In der Umgebung der Mamillen trotz Juckens keine Veränderungen. Das spricht für die sekundäre Bedeutung der lichenartigen Knötchen und für primäre Störung in den apokrinen Drüsen.

4. Xanthelasmen und tuberöse Xanthome am Auge.

67jähr. Pat. Seit 20 Jahren gelbe Flecken. Seit 4—5 Monaten braune Knoten, die sich rasch vergrößerten. Cholesterin im Serum 120 mg. Bemerkenswert, daß sich an Xanthelasmen nach jahrzehntelangem Bestand tuberöse Xanthome anschließen.

5. Pseudoxanthoma elasticum.

37jähr. Krankenschwester. Seit 1 Jahr an vorderen und seitlichen Teilen des Halses und Vorderseite der Achselhöhlen gelblich-sandfarbene, knötchen- und streifenförmige, netzartig konfluierende Einlagerungen. Histologisch: Knäuelartige Zusammenballung elastischer Fasern in den mittleren Teilen der Kutis.

Digitized by Google

6. Alopecia areata und Fazialisparese derselben Seite.

45jähr. Pat. Keine Lues. Seit 3 Monaten nach großer Aufregung Lähmung der rechten Gesichtshälfte, 4 Wochen später fünfmarkstückgroße kahle Stelle auf der rechten Kopfseite. WR negativ.

7. Acrodermatitis chron. atroph., Verschluß der Arteria dorsalis pedis.

62jähr. Pat. Befallen das rechte Bein, besonders oberhalb des Knies. Fleck- oder streifenförmige braun- bis blaurote Herde mit beginnender Atrophie. Das rechte Kniegelenk ist um 3—4 cm dicker als links (Arthritis deformans). Pulsation der Arteria dorsalis pedis ist rechts aufgehoben. Neurologisch: Bein-Sehnenreflexe rechts gegenüber links herabgesetzt. Am rechten äußeren Fußrand anästhetische Zone für alle Qualitäten. WR negativ, JK ohne Erfolg. Blutdruck 170/95.

Jaffé, Käte (Universitäts-Hautklinik): 1. Ulcus vulvae acutum mit aphthenähnlichem Ulkus an Zunge.

23jähr. Frau, wegen Gonorrhoe in Behandlung. Bemerkenswert der rezidivierende Charakter der Erkrankung. Jeder Schub dauerte 3 Wochen, die freien Intervalle betrugen 2—4 Wochen. Bei jedem Schub mehrere Ulzerationen. Augenblicklich an der Innenseite der linken kleinen Labie ein scharf geschnittenes Geschwür von Pfenniggröße. Am linken Zungenrand eine linsengroße Ulzeration mit scharf geschnittenem Rand in einer bohnengroßen weichen Infiltration. Geschwürsgrund glatt, schmerzhaft. Vaginalsekret: Reinkultur von einzelnen oder in Haufen liegenden plumpen Stäbchen mit rechteckig abgestutztem Ende (Bac. crassus). Abstrich von Ulkus am Genitale: Bac. crassus reichlich, daneben Kokken und Stäbchen. Ulkus an der Zunge: Bac. crassus negativ.

2. Alopecia totalis nach Quecksilbervergiftung.

23jähr. Pat. mit Thyreotoxikose. Vergrößerte Schilddrüse seit 5 Jahren. Seit 1 Jahr in industriellem Betrieb mit Quecksilber beschäftigt. Seit $^3/_4$ Jahr Zahnfleischbeschwerden, seit $^1/_2$ Jahr Haarausfall, jetzt Stomatitis mercurialis, sekundäre Anämie, Fehlen von Kopf-, Achsel-, Scham-, Lanugohaaren, Augenbrauen. Keine Symptome von Basedow. Stoffwechsel gesteigert.

3. Jodexanthem.

30jähr. Pat. mit Lues lat., Pat. nahm eine Woche lang 3mal täglich 1 g JK; gleichzeitig mit Jodexanthem raynaudartige Symptome an den Händen.

Buschke: 1. 29jähr. Mann mit ausgedehnter **Lues maligna.** Angeblich 1920 Infektion. Damals kombinierte Kur, dann erst 1926. In diesem Jahre 2 kombinierte Kuren, 1927 eine L. c., vor 4 Wochen Einlieferung, seit 3 Wochen Wundsein am Glied. 2 Wochen vor Einlieferung Geschwüre über den Körper. WR ++++. Spirochäten —. Extremitäten, Kopf zerstreut typische Ulzerationen. Unter gemischter Behandlung schnelle Besserung.

2. 22jähr. Mädchen, ohne Zeichen von Tuberkulose, mit ulzeriertem **Erythema indduratum** an den Unterschenkeln.

3. 57jähr. Mann mit **Dermatitis herpetiformis** an Rumpf und Extremitäten. Jodkalireaktion +. Das Leiden trotzt jeglicher Behandlung, auch mit Ovarial- wie Testishormonen sowie Hypophysenhormon und Arsen, vorübergehend bei Eigenblutbehandlung Heilung.

4. 21jähr Pat. mit universellem, schwerstem **Lichen planus** an Rumpf und Extremitäten, an den Unterschenkeln Lichen ruber verrucosus. Befallensein der Mundschleimhaut. Angeblich war die WR vorher positiv gewesen und Pat. mit Salvarsan und Bismogenol behandelt worden. Wir konnten von Lues nichts nachweisen, auch war die Seroreaktion negativ. Bei dieser Sachlage Kur fortgesetzt, unter der die Affektion mit Pigmentierung abheilte. Die verrukösen Herde am Unterschenkel mußten geröntgt werden. Histologisch typischer Lichen ruber.

5. Unter 11 Detoxininjektionen abgeheilte **Salvarsandermatitis** bei einer 28jähr. Frau, die Lues cerebri und Psoriasis hatte. Starke Alopecia capillitii. Nach Abheilung der Dermatitis tritt die vorher verschwundene Psoriasis wieder auf. Es wird auf einen in letzter Zeit beobachteten Todesfall an Salvarsandermatitis mit akuter gelber Leberatrophie bei einem jungen kräftigen Manne hingewiesen.

6. 49jähr. Frau ohne spezifische Anamnese mit **tertiärer luetischer Zerstörung der Nase,** Perforationen am harten und weichen Gaumen, Zerstörung der Uvula, Narben an den Unterschenkeln. Unter Schmierkur und Jodkali wesentliche Besserung.

7. Demonstration des früher vorgestellten Kindes mit **Monilethrix,** die durch Thallium vorübergehend geheilt war, dann Rezidiv. Jetzt zum großen Teil normaler Haarwuchs.

Digitized by Google

8. Artifizielles Ulkus.

20jähr. Mädchen, seit 3 Monaten auf dem rechten Handrücken ein ausgelehnte Geschwür, zum Teil mit nekrotischer Epidermis. Aspekt ähnlich wie nach Karbolätzung Hysterika. Unter festem Verband Heilung. Pat. ist Linkshänderin.

Bruhns: 1. 15jähr. Pat. mit **Erythrodermie pityriasique en plaques disséminées** Vor 5 Monaten Ausschlag im Gesicht, später runde rote Flecken auf Rumpf und Oberschenkel; jetzt bis über fünfmarkstückgroße rote Flecken, feinschuppend, wenig juckend auf Brust, Rücken und Oberschenkel. Im Gesicht seborrhoisches Ekzem am Mund und Auge. Die Stellen am Rumpf und Oberschenkel müssen wegen ihres Aussehens und der Resistenz gegen Therapie als Brocqsche Erythrodermie aufgefaßt werden. Histologischer Befund entspricht der Brocqschen Krankheit.

2. Lichen ruber verrucosus und gleichzeitige Neurodermitis.

Bei älterer Pat. an den rechten Unterschenkeln Lichen verrucosus, seit 1 Jahr bestehend. Höher am Unterschenkel, Oberschenkel, Abdomen und Rücken Neurodermitis.

Löhe: 1. Lupus erythematodes acutus an Gesicht, Lippen, Stamm, Finger. Zehen (Lupus pernio). Schwellung und blaurote Färbung. Nach 9wöchiger kochsalzarmer Diät unter Bevorzugung von Rohkost Abheilung mit Pigmentierung. Gewichtszunahme $4^1/_2$ kg. Keine andere Medikation.

2. 21 Jahre. **Lupus tumidus** des Gesichts, der Mund- und Nasenschleimhaut, seit dem 6. Lebensjahr dauernd behandelt mit Höhensonne, Röntgen, Pyrogallus, zuletzt mit Ertubaninjektionen. Seit 12 Wochen kochsalzarme Diät. Lokal: Borsalbe; innerlich Lebertran, Kalksalze. Gewichtszunahme $3^1/_2$ kg. Zur Zeit glatte Narben im Bereich der ehemals tumorartig veränderten ulzerösen Stellen; in der Peripherie Lupusknötchen.

3. 17jähr. Pat., **Lupus miliaris** der Nase. Seit $1^1/_2$ Jahren bestehend, ohne Erfolg mit Röntgen und Triphal behandelt; seit 3 Monaten wie Fall 1 behandelt. Gewichtszunahme $4^1/_2$ kg. Fast alle Knötchen abgeheilt.

4. 24jähr. Pat., in Abheilung begriffene **universelle Psoriasis pustulosa.** Seit Pfingsten 1929 bestehend. Befallen waren Kopf, Gesicht, Rumpf, Arme und Beine. Nach 7 Wochen unter Diät sowie Natr. salicyl. (intravenös) Rückgang der Haut- und Allgemeinerscheinungen. Lokal: Vaseline, Puder. Jetzt Haut des ganzen Körpers restlos abgeheilt, nur an den Nägeln Abhebung und Splitterung.

5. 63jähr. Kranke, **Lues III.** Vor $2^1/_2$ Jahren Beginn im Rachen und Schwerhörigkeit. 3—4 gemischte Kuren, letzte Kur Juli 1929. Zur Zeit ulzeröser Prozeß am harten und weichen Gaumen, WR —. Gute Beeinflussung durch kleine Kalomelinjektion.

6. 19jähr. Kranker, **Lues maligna.** Ulzerierte Papeln am Kopf, Rumpf, Penis und an Extremitäten mit Bevorzugung der linken Körperhälfte. WR —. Geringe Besserung durch Salvarsan und Bi, schnelle Rückbildung nach einer Kalomelinjektion.

7. 46jähr. Pat., **Lues II.** Ulzerierter Herd am Kopf (Solitär-Sekundaraffekt). Spir. pall. +, Drüsenschwellung, WR +. Infektion im April am Penis. Herd am Kopf August nach Beendigung der ersten Kur aufgetreten.

8. 25jähr. Pat., **Lues III.** Zerstörung der Gaumenbogen, Tonsillen, zum Teil auch des harten Gaumens. Infektion 1925, Beginn der Munderscheinung vor 1 Jahr. Fortschreitende Zerstörung trotz Behandlung mit Bi und Salvarsan. Schnelle Rückbildung nach kleinen Dosen Kalomel.

Ledermann, R.: 1. Psoriasis, Leucoderma psoriaticum.

6jähr. Kind, zuerst Leukoderma am Hals, später progressiv über den ganzen Körper an den abgeheilten Stellen der Effloreszenzen.

2. Universelle Dermatitis von erythrodermieartigem Charakter (atypische Psoriasis?).

64 Jahre alte Frau, vor 2 Jahren schuppender Ausschlag an Kopf und Ohren. Ausbreitung über Gesicht und seit $^1/_2$ Jahr über den Körper. Seit 1 Jahr Verschlimmerung. Oedema perstans faciei, totale Alopezie. Entzündliche Rötung der Kopfhaut mit nässenden Erosionen und Borken. Universelle Rötung und Schuppung der Haut mit psoriasiformen Effloreszenzen an Ellenbeugen, Knien und Rumpf. Netzförmige Fedelung an Rumpf und Oberschenkeln. Verlust der Achselhaare, Rarefikation der Schamhaare.

Pinkus: 35jähr. Morphinistin mit Lungentuberkulose und **Lupusknötchen** um die Narben der Spritzabszesse. (Früher von Löhe demonstriert, damals Tuberkelbazillen in den Hautabszessen.)

Fischer: Riesennaevus an der unteren Rückseite bei einem jungen Mann, der von Kindheit an bestand und allmählich zur Größe von 25 : 30 cm gewachsen ist. Mar-

Digitized by Google

histologischer Untersuchung läßt sich nur sagen, daß der klinische Aspekt ihn in das Gebiet der Recklinghausenschen Krankheit einreiht. Wie man bei den Tierfell-Riesennaevi die Bildung molluskoider Tumoren findet, haben sich auch hier, allerdings härtere keloidartige, stark hervorspringende Gebilde gebildet.

Cohn., A.: 1. 59jähr. Pat. mit **lokalisierter Sklerodermie** am linken Unterschenkel, die oberste Hautschicht frei von Krankheitsprozessen, nur die tiefen Schichten befallen.

2. 26jähr. Pat. mit indolenter Schwellung der Nackendrüsen, der linken Kubitaldrüse und der Leistendrüsen. An Armen und Rücken Kratzeffekte. Da Pat. aus den Tropen zurückgekehrt war, bestand Verdacht auf Schlafkrankheit oder auf luetische Infektion; auch an Filariasis wurde gedacht. Zweimalige Blutverimpfung auf Ratten und Mäuse negativ. WR zweifelhaft (++), Kahn ++++. Wiederholte Untersuchung auf Filarien negativ, was möglicherweise auf den Klimawechsel zurückzuführen sein dürfte.

Richter, Wil. (Aus der Hautabteilung der Chirurgischen Klinik):

1. Plastik nach Hautdefekt und Knochennekrose im Anschluß an Ostitis und Osteomyelitis luica über dem linken Os parietale.

43jähr. Frau, 3 Fehlgeburten, 1 gesundes Kind, 1919 Infektion, spez. Kur 1922. 1927 Fall auf einen Ofen. Seitdem eine Wunde entwickelt, die trotz jahrelanger Behandlung nicht heilte. Januar 1929: Über dem linken Scheitelbein festhaftende Krusten, Haare dort fehlend. Röntgenologisch eine markstückgroße, scharfrandige Aussparung des Schädelknochens. Seroreaktionen stark positiv. Im Laufe von 10 Neosalvarsan- und 15 Bismogenolinjektionen stießen sich die Krusten ab und blieb ein kreisrunder Hautdefekt bestehen, die freiliegende Knochenpartie schwärzlich verfärbt. Am 26. XI. Abmeißelung der Tabula externa (Israel). In der mittleren Partie zeigte sich ein Granulationsherd, der histologisch für Lues keine Anhaltspunkte gab. Schließung des Defektes mit feuchter Kammer. Später die Granulationsfläche nach Braun homöoplastisch gepfropft. Nach 5 Tagen die „Setzlinge" gut angegangen, unter Naphthalansalbe Abheilung.

2. Melanom auf der Basis eines Naevus, der vor 8 Jahren mit Karbolsäure geätzt war. Behandlung: Radium mit Silberfilterung.

Referatenteil

Fachzeitschriften

Revue française de Dermatologie et de Vénéréologie

Jahrg. 5, Nr. 9—10

Milian, G.: Roséole infectieuse aigue (Akute infektiöse Roseola). S. 449.

Verf. beschreibt zwei Fälle, die an eine luische Roseola sehr erinnern. Die Schleimhäute sind hier nie befallen; im Gegensatz zur luischen Roseola ist auch das Gesicht mit ergriffen, Drüsenschwellungen fehlen völlig. Die WR ist negativ. Gegenüber sieht man eine ganz leichte Schuppung; die Ursache der Erkrankung ist unklar. In beiden Fällen waren Geschwister bzw. Personen in der Umgebung des Kranken befallen worden. Die Dauer der Erkrankung betrug etwa 10 Tage. In dieser Zeit blaßte der Ausschlag von selbst langsam ab, um dann zu verschwinden. Die Behandlung ist rein symptomatisch. Sonstige klinische Erscheinungen finden sich bei Beginn: Schnupfen und Nasenbluten. Die Erkrankung ist selten und bereits von F. Hoffmann 1740 beschrieben.

Smeloff, N. S.: Un cas de nodosités juxtaarticulaires (Jeanselme-Lutz) chez une heredo-syphilitique (Juxtaartikuläre Knoten bei einer Heredoluischen). S. 454.

Ein 27jähr. Mädchen litt an einem tuberösen Syphilid, gleichzeitig an Knoten an der Hüfte, die langsam größer wurden. WR +. Zwei andere Schwestern hatten ebenfalls Lues cong. Spezifische Behandlung brachte die Hauterscheinungen zum Verschwinden und eine Abnahme der Knoten um die Hälfte.

Milian, G.: Ictère palustre au cours du traitement antisyphilitique (Malariagelbsucht bei antiluischer Behandlung). S. 537.

Es handelt sich um einen 31jähr. Marokkaner, bei dem es während der Behandlung einer papulösen Syphilis mit Präparat 914 zu starker Gelbsucht kam. Man

Digitized by Google

dachte an Malaria (Blutuntersuchung wurde anscheinend nicht gemacht Ref.) und gab dem Kranken Chinin. Die Lebervergrößerung und Gelbsucht verschwanden daraufhin sehr rasch, und die Behandlung konnte fortgesetzt werden. Die WR war noch stark positiv.

Milian, G., u. Lafourcade: Reinfection syphilitique (Reinfektion bei Lues 1). S. 460.

24jähr. Mann mit Primäraffekt am Glied und kleiner linksseitiger Leistendrüsenschwellung. Hecht negativ, nach der ersten Spritze stark positiv. Energische Behandlung mit Novarsenobenzol. Hecht negativ. Beginn einer Kur mit grauem Öl; nach 14 Tagen zeigte sich eine fünfpfennigstückgroße Erosion am Skrotum, die auf Lues sehr verdächtig war. Da vorher mit Kal. permanganat. behandelt war, ließen sich keine Spirochäten nachweisen. Angeblich nur Verkehr mit seiner Frau; Lues ließ sich bei ihr nicht feststellen. Sie erschien aber später mit papulöser Syphilis; Hecht positiv. Sie erhielt 3 Spritzen und verließ das Krankenhaus kaum abgeheilt. Einen Monat später trat der Schanker am Skrotum des Mannes auf. Auf Grund der ganzen Befunde nehmen Verff. eine Reinfektion an.

Queyrat, L: Prophylaxie antivénérienne. Le Dispensaire Maritime de Prophylaxie de Boulogne-sur-Mer (Verhütung von Geschlechtskrankheiten. Das Dispensar für Seeleute in Boulogne-sur-Mer). S. 464.

Verf. gibt einen kurzen Überblick über die Tätigkeit dieser Einrichtung vom 15. IX. 1928 bis 1. IX. 1929. Es wurden behandelt 89 Fälle von Lues, darunter 11 frische, weicher Schanker 4 und Tripper 46 Fälle, von Hautkranken 44 Kranke.

Ruge-Kiel.

Bulletin de la Société Française de Dermatologie et de Syphiligraphie

Sitzung vom 11. Juli 1929, Nr. 7

Sézary: A propos du procès-verbal. Au sujet de la communication de M. E. Marchoux „La lèpre maculeuse des noirs" (Zum Protokoll. Zu der Mitteilung des Herrn E. Marchoux „Die makulöse Lepra der Farbigen"). S. 622.

Bei einem Neger konnten die von Marchoux hervorgehobenen Sensibilitätsstörungen an den depigmentierten Stellen der Lepra nicht festgestellt werden.

Chompret u. Dechaume: Ulcérations buccales tuberculeuses (Tuberkulöse Ulzerationen im Munde). S. 623.

Bei einem tuberkulösen Individuum mehrere Geschwüre, von denen eins wegen seines Sitzes nach rückwärts von der Lippenkommissur bemerkenswert. Zur Behandlung wird Milchsäure, Elektrokoagulation oder Diathermiemesser empfohlen. Nach Ausschneiden mit letzterem fast völlige Überhäutung.

Photinos, P.: Lésions épidermiques sèches palmaires et plantaires à l'épidermophyton „Priestley" (Trockene Epidermiseffloreszenzen der Handflächen und Fußsohlen infolge von Epidermophyton „Priestley"). S. 625.

Bei einem jungen Mädchen an Handflächen und Fußsohlen trockene Plaques mit aus feinen Schuppen zusammengesetztem Rande; die Affektion hat sich ohne Blasenbildung entwickelt. Der Nachweis des Pilzes (Epidermophyton Priestley) stieß zuerst auf Schwierigkeiten, indem sich sowohl mikroskopisch wie kulturell mehrfache Varianten zeigten. Fast völliges Schwinden nach Jodalkohol und Kalomelsalbe. Nach Sabouraud sind gerade die von vorliegendem Pilz erzeugten Läsionen sehr hartnäckig.

Louste u. Thibaut: Chancre professionel syphilitique de la conjonctive palpébrale chez un oto-rhino-laryngologiste (Beruflicher Syphilisschanker der Conjunctiva palpebralis bei einem Oto-Rhino-Laryngologen). S. 629.

Die am freien Rande des linken unteren Augenlides nahe dem äußeren Augenwinkel sitzende Affektion, die zuerst den Eindruck einer Phlyktäne gemacht hatte, war trotz zunehmender Konjunktivitis und ödematöser Infiltration, sowie regionärer Drüsenschwellungen nicht als spezifisch erkannt worden, da wohl auf verschiedene Infektionen, nicht aber auf Spirochäten untersucht worden war. Für Ärzte, die beruflichen Infektionen ausgesetzt sind, werden Schutzmaßnahmen (Brille) empfohlen.

Louste u. Rault: Epithélioma du gland (Epitheliom der Glans). S. 631.

Ähnlich wie bei einem früher vorgestellten Kranken handelt es sich um einen alten Syphilitiker mit zunächst auftretenden Erscheinungen von Erythroplasie. Während aber bei dem ersteren ein Karzinom der benachbarten Drüsen aufgetreten war, entwickelte sich hier ein Epitheliom an der Stelle der Erythroplasie selbst.

Digitized by Google

Louste u. Pinoche: Dermatite de Duhring. Pemphigus conjonctival (Dermatitis herpetiformis. Pemphigus der Konjunktiva). S. 633.

Der durch Pemphigus der Konjunktiva komplizierte Fall Duhringscher Krankheit ist bereits in der Sitzung vom 11. Dezember 1924 (Ref. Derm. W., 1925, Bd. 80, S. 557) vorgestellt worden. Inzwischen haben zahlreiche Rückfälle stattgefunden, die Affektion der Konjunktiva hat zu fortschreitender Narbenbildung, Haarausfall an den Lidrändern geführt.

Louste u. Pinoche: Syphilides lichénoides généralisées au cours d'une syphilis ignorée (Generalisiertes lichenoides Syphilid im Verlaufe einer unbemerkten Syphilis). S. 634.

Im Gesicht akneiforme, am Rumpf und den Extremitäten perifollikuläre, wenig entzündliche Effloreszenzen. Sie sind zugespitzt, einzelne gleichen einem Pustelchen, bilden eine kleine Kruste. Allgemeine Drüsen- und Milzschwellung spricht für Syphilis. Vor 4 Monaten kleines Geschwür der Glans, das jetzt geschwunden. WR vollkommen negativ.

Louste u. Pinoche: Epidermite croûteuse du cuir chevelu et streptococcide rétro-auriculaire (Krustöse Dermatitis des behaarten Kopfes und Streptokokkenerkrankung hinter den Ohren). S. 634.

Der fast kahle Kopf der älteren Frau ist von einer aus dicken gelben Krusten gebildeten Haube bedeckt. Umgebung erythematös-schuppend, stark juckend, bis in die Furchen hinter den Ohren sich erstreckend. Hier fanden sich zahlreiche Streptokokken.

Milian u. Nativelle: Mélanodermie primitive (Primäre Melanodermie). S. 635.

Bei einem Kohlenarbeiter hat sich sehr schnell eine schwarz-braune Färbung des Kopfes, Halses, der Rückenflächen von Vorderarmen und Händen entwickelt, besonders um die Haarfollikel herum; am übrigen Körper Pigmentierung gering. Trotz Fernhaltens des Kohlenstaubes blieb die Pigmentierung bestehen; eine Ursache für sie ließ sich nicht feststellen.

Gougerot, J. Meyer, u. Uhry: Naevus pigmentaire tardif déclenché par une fièvre typhoide (Pigment-Naevus spät durch ein typhöses Fieber ausgelöst). S. 637.

Der papulöse schwarz-braune und schwarz-blaue Naevus ist am Handrücken nach Angabe der Pat. ganz plötzlich nach einem typhösen Fieber aufgetreten.

Gougerot u. Burnier: Pigmentation de la peau d'origine solaire après application d'alcool parfumé (Hautpigmentierung unter Einfluß der Sonne nach Benutzung von parfümiertem Alkohol). S. 637.

Die Pat. hatte die Haut des Halses mit einem Parfüm, das hauptsächlich Lavendel und Bergamotteöl enthalten zu haben schien, betupft und sich dann an der Meeresküste der Sonne ausgesetzt. Es bildeten sich an den betupften Stellen und streifenförmig nach dem Manubrium zu braune Pigmentierungen. Jausion glaubt nicht, daß es sich in derartigen Fällen um Lichtsensibilisierung handelt, sondern um den mechanischen Reiz des Reibens.

Meyer, J., u. St. Littré: Appareillage prothétique des multilations nasales (Prothese für Nasenverstümmelungen). S. 639.

Empfehlung künstlicher Nasen aus Nidrose (zelluloseartige, in Azeton lösliche, in Alkohol unlösliche Substanz).

Simon, Cl., u. Coignerai: Cas pour diagnostic. Erythrocyanose de siège anormal (face interne des genoux) (Fall zur Diagnose. Erythrozyanose von anormalem Sitz [Innenfläche der Kniee]). S. 639.

Bei einem jungen Mädchen an der Innenfläche beider Kniee symmetrisch longitudinal gestellte, unscharf begrenzte, auf der Unterfläche verschiebliche, dem Druck Widerstand leistende Masse; Haut lila-rot mit feiner Gefäßverästelung.

Simon, Cl., u. Coignerai: Cas pour diagnostic. Tumeurs multiples; tubercules; infiltrations dermiques (Fall zur Diagnose. Multiple Tumoren; Knötchen; Hautinfiltrationen). S. 640.

An den Extremitäten multiple subkutane Tumoren von verschiedener Größe, derbelastisch, die größeren etwas gelappt, verschieblich, am linken Ellenbogen ein mandarinengroßer mit bläulich-roter, adhärenter, gespannter Haut. Besonders an den Knieen fahl-gelbe rundliche zugespitzte, in Häufchen stehende follikuläre Knötchen. An anderen Stellen veilchenfarbene gut umschriebene Infiltrate. Bei den Tumoren wird an subkutane Sarkoide Typus Darier-Roussy, leukämische Tumoren, Mycosis fungoides gedacht, vielleicht handelt es sich um Oleome, da Pat. früher zahlreiche Einspritzungen,

Digitized by Google

auch von Kampferöl erhalten hat. Die Knötchen stehen zwischen Lichen scrophulosorum und Boeckschem Sarkoid oder Lupoid, die Infiltrate erinnern an Mycosis fungoides oder Angio-Lupoid.

Lortat-Jacob u. Poumeau-Delille: Un cas de zona généralisé (Ein Fall von Zoster generalisatus). S. 642.

Neben einem Zoster brachialis zahlreiche zerstreute Bläschen am Körper. Milian würde hier lieber von Zoster mit aberrierenden Bläschen sprechen, da außer dem Zoster brachialis kein anderes Wurzel- oder Nervengebiet ergriffen ist.

Milian, u. G. Garnier: Eruption papuleuse généralisée chronique apparue au cours d'un rhumatisme articulaire aigu (tuberculides papuleuses) (Papulöse generalisierte chronische Eruption im Verlaufe eines akuten Gelenkrheumatismus [papulöses Tuberkulid]). S. 643.

Am ganzen Körper unregelmäßig verteilt stecknadelkopf- bis linsengroße, rundliche, meist hemisphärische, rot-gelbe, auf Glasdruck orange-gelbe Papeln, die beim Abfühlen eine weiche Infiltration zeigen. Einzelne sind durchscheinend, ein großer Teil genabelt. Unter Ausschluß von Syphilis und atypischem Lichen planus wird ein disseminiertes miliares Tuberkulid angenommen, dem auch der histologische Befund (Riesenzellen, tuberkuloider Bau) entspricht. Pirquet positiv.

Tzanck, A., u. R. Weismann-Netter: Lichen plan chez un syphilitique ancien. Apparition d'éléments cutanés au niveau des points de piqûre après la terminaison d'une série de Quinby (Lichen planus bei einem alten Syphilitiker. Auftreten von Effloreszenzen an den Injektionsstellen nach Beendigung einer Serie Quinby). S. 646.

Vor der Kur hatte Pat. bereits an der Zunge weiße Plaques bemerkt. 8 Tage nach Beendigung Lichen-Eruption an der Haut, einzelne Effloreszenzen an den Stellen der Einspritzungen, eine auch an der Stelle einer vor der Kur vorgenommenen Venenpunktion.

Pinard, M., u. Rabut: Syphilides atrophiantes (Atrophierendes Syphilid). S. 647.

Bei der Kranken hatte ein aus sehr großen purpuraartigen Effloreszenzen bestehendes Syphilid vorgelegen, bei einem solchen wird besonders der Übergang in Atrophie beobachtet. Außerdem scheint hier eine Neigung zu Atrophien bestanden zu haben, da auch die Stelle eines früheren Furunkels atrophisch war. Der Grundumsatz war bedeutend gesteigert.

Pinard, M., Rabut, Girnad, Abricosoff: Maladie de Hansen traitée par la malariathérapie (Malariabehandlung der Lepra). S. 648.

Nach Inokulation von 4 ccm Blut eines Malariakranken waren 7 Fieberanfälle aufgetreten, dann spontane Entfieberung. Die Lepraerscheinungen zeigten einen bemerkenswerten Rückgang, doch trat kurz darauf erneuter starker Fieberanfall mit Wiederausbruch von Lepraerscheinungen auf.

Barbier, G.: Maladie de Paget du mamelon à son début avec participation des canaux galactophores sous jacents. Coexistance d'un cancer mammaire profond (Pagetsche Erkrankung der Brustwarze im Beginn mit Beteiligung der darunter liegenden Milchgänge. Gleichzeitiges Bestehen eines tiefen Mammakarzinoms). S. 649.

Die Entwicklung der Erscheinungen war in dem Falle sehr schnell gewesen. Der Grund der Ausbreitung des tiefen Krebses auf die Epidermis kann vielleicht in dem histologischen Bilde gefunden werden, das in der Wachstumszone der Neubildung isolierte Zellen zeigte, also einen Mangel an Zusammenhalt, der ein Ausschwärmen und Wandern der Zellen begünstigen soll.

Roberti, J.: Abcès par rétention bismuthique consécutif à un traumatisme (Abszeß durch Wismutretention im Anschluß an ein Trauma). S. 652.

Mehrere Jahre nach der letzten Wismuteinspritzung entwickelten sich am Gesäß nach einem Unfalle Abszesse, nach deren Inzision sich eine Zeitlang feste Körper abstießen, in denen Wismut nachgewiesen werden konnte.

Giraudeau: La cure d'exfoliation par le mélange de neige carbonique, acétone et soufre dans l'acné (Schälkur mit einer Mischung von Kohlensäureschnee, Aceton und Schwefel bei Akne). S. 654.

Kohlensäureschnee wird in einem Porzellanschälchen zu einem Zehntel seines Gewichtes mit fein pulverisiertem und gewaschenem Schwefel gemischt und dann tropfenweise Azeton bis zu Pastenkonsistenz zugesetzt. Die homogene kalte Salbe streicht man mit einem Spatel auf einen Wattetampon und läßt sie etwas einziehen. Zur Behandlung werden die erkrankten Stellen mit dem Tampon parallel zur Haut mehrmals überstrichen, ohne dabei einen Druck auszuüben. Das Gesicht ist dann mit einem Schwefelhäutchen überzogen, das nach einer halben Stunde entfernt wird.

Digitized by Google

Weissenbach, R.-J., J. Martineau, G. Raulot-Lapointe, Ch. Bourdillon u. D. Ronget: Urticaire et oedème circonscrit purpuriques récidivants chez un homme atteint de leucémie à monocytes (Rezidivierende purpuraartige Urtikaria und zirkumskriptes Ödem bei einem an Leukämie mit Monozyten leidenden Manne). S. 657.

Die Erscheinungen unterschieden sich klinisch von der Urtikaria pigmentosa, gegen die auch das Fehlen von Mastzelleninfiltrat in der Kutis sprach. Es handelt sich um eine in das Gebiet der Hämatodermien fallende Affektion. Der Gehalt an Leukozyten betrug 198000 im cmm, bei 70% Monozyten. Milzbestrahlungen wirkten subjektiv gut, die Hauterscheinungen wurden kaum beeinflußt.

Hufnagel, L.: 1. Congrès de l'Union des dermatologistes slaves à Varsovie le 28—30 juin 1929 (1. Kongreß der Vereinigung slavischer Dermatologen in Warschau am 28.—30. Juni 1929). S. 667. E. Levin-Berlin.

Bücherbesprechungen

Roosen, R.-Köln: Die Isaminblautherapie der bösartigen Geschwülste. Würzburger Abhandlungen, N.F., Bd. 6, H. 5. 38 Seiten. Verlag von Curt Kabitzsch, Leipzig 1930. Preis RM. 4.—.

Autor nimmt für das von ihm zur Behandlung von Tumoren empfohlene Isaminblau von vornherein den Vorzug in Anspruch, daß es ein gut verträgliches Präparat sei und weder während noch nach der Injektion irgend welche Reaktionen hervorrufe, was als notwendige Vorbedingung seiner Verwendbarkeit anzusehen sei. Auch die zweite Vorbedingung eines ausreichenden therapeutischen Wirkungsgrades glaubt Verf. dem Mittel zusprechen zu dürfen. Dies geht jedoch aus der Arbeit, welche die Erfahrungen auch anderer Autoren zur Beurteilung heranzieht, nicht ganz zweifelsfrei hervor. Die Versuche des Verf. verfolgten das chemotherapeutische Ziel, einen für den Gesamtorganismus indifferenten Stoff im Tumor zu speichern sowie durch Zufuhr eines zweiten für den Körper ebenfalls ungiftigen Stoffs im Tumor mit dem dort gespeicherten ersten Substrat eine chemische Reaktion herbeizuführen, die eine Schädigung der Geschwulstzellen zu erzeugen imstande wäre. Für die in der Geschwulst anzureichernde Substanz wählte Verf. auf Grund der Goldmannschen Vitalfärbungsarbeiten das Isaminblau, und als zweite Substanz das Neosalvarsan. Aus der hypothetischen Reaktion zwischen diesen beiden Substraten war allerdings eine unmittelbare Schädigung der Tumorzellen nicht zu erwarten, da ja nicht die Geschwulstzellen selbst das Isaminblau speichern, sondern nur die histiogenen Wanderzellen. Autor nahm daher an, daß die letzteren Zellen als Träger der Abwehrkräfte des Organismus durch die in ihnen sich abspielende chemische Reaktion eine Funktionserhöhung hinsichtlich ihrer Abwehrkraft gegen Tumorwachstum erfahren.

Als einzig zur Verwendung geeignet wird das Isaminblau med. puriss. der I.-G.-Farbenindustrie bezeichnet, das in 0.83%iger Lösung mit Glyzerin in Ampullen zu 10 ccm geliefert wird. Die Behandlung vollzieht sich in der Weise, daß eine Woche hindurch täglich, später seltenere Injektionen in 15—20 ccm Durchschnittsdosis vorgenommen werden, bis eine Isaminblauspeicherung in der Geschwulst erreicht ist. Wenn diese an der Blaufärbung sichtbar geworden ist, was nach etwa 100 ccm Gesamtinjektion der Fall ist, gibt Verf. eine kleine Dosis Neosalvarsan von 0,15 g. 2—3 Tage später injiziert er wieder in regelmäßiger Folge im Ablauf von 2 Wochen 4—5mal Isaminblau und anschließend wieder 0,3 g Neosalvarsan. Dieser Behandlungsturnus wird so lange wiederholt, bis 400 ccm Isaminblaulösung und 2—3 g Neosalvarsan injiziert sind. Die so vorgenommenen Heilungsversuche zeugen zwar von einer gewissen Beeinflussung der Tumoren, aber auch von der offenbaren Unzuverlässigkeit der Wirkung, die das Problem der Chemotherapie der Geschwülste von einer Lösung noch weit entfernt erscheinen läßt. Später hat Verf., da sich herausstellte, daß Isaminblau für sich allein ebenfalls wachstumshemmend auf bösartige Geschwülste wirkte, das Neosalvarsan ganz fortgelassen. Die Wirkungsweise des Isaminblaus ist vorläufig ungeklärt; möglicherweise beruht sie auf einer entquellenden, d. h. flüssigkeitsentziehenden Wirkung des Farbstoffs auf die Gebskolloide im Tumor. Schließlich ist für den Dermatologen die Beobachtung des Autors interessant, daß Geschwulstpartien, die von durch Isaminblau gut gefärbter Haut überdeckt waren, sich besonders rasch zurückbildeten. Verf. diskutiert daher die Möglichkeit, daß die Abwehrkraft der Haut gegenüber bösartigen Geschwülsten durch die Farbstoffspeicherung eine Steigerung erfahre und dann günstig auf benachbarte Geschwülste zurückwirke. O. Grütz-Elberfeld.

Digitized by Google

Perutz, A.-Wien: Allgemeine Therapie der Hautkrankheiten. Verlag von Julius Springer, Berlin 1930. Preis RM. 4.50.

Das Buch von Perutz will die modernen Forschungen der Pharmakologie für die Behandlung der Hautkrankheiten nutzbar machen. Im Gegensatz zu den sonst üblichen Darstellungen werden hier die Heilmittel und deren Anwendungsgebiete vom physiologischen Gesichtspunkt und vom Standpunkte ihrer pharmakologischen Wirkung aus besprochen. Die pharmakologische und therapeutische Beeinflussung der Hautoberfläche, der Haut als Ganzes, der Oberhaut, der Gefäße, der Nerven, Schweißdrüsen und Haare sind im speziellen Teil eingehend erörtert. Dem, der nicht in alten Anschauungen steckenbleiben und auch nicht grob empirisch therapeutische Maßnahmen durchführen, sondern sich auch über ihre biologischen Wirkungen Klarheit verschaffen möchte, bietet die Allgemeine Therapie der Hautkrankheiten von Perutz eine reiche Fundgrube.

Meirowsky-Köln.

Kren, O.-Wien: Kosmetische Winke. (Bücher der ärztl. Praxis.) Verlag von Julius Springer, Wien 1930. Preis RM. 4.80.

Die kosmetischen Winke bestehen aus einem allgemeinen und einem speziellen Teil. Im allgemeinen Teil sind medizinische, physikalische und chirurgische Mittel besprochen, mit Hilfe deren es möglich ist, kosmetisch gute Resultate bei Hautveränderungen zu erzielen. Der spezielle Teil umfaßt alle für den Dermatologen wichtigen Verordnungen, die kosmetisch eine Rolle spielen. Der Arzt, der sich über diese Fragen unterrichten will, findet in dem Krenschen Buch eine überraschend große Zahl von Verordnungen und Methoden, die es ihm ermöglichen, kosmetisch gute Resultate in Fällen zu erzielen, in denen mit anderen gröberen Methoden auffallende Narben entstehen würden. Auf Einzelheiten kann hier nicht eingegangen werden. So viel muß jedoch gesagt werden, daß es für jeden Dermatologen wichtig ist, nicht nur die alten Schulmethoden zu kennen, sondern auch andere, die man in den meisten Büchern nicht findet. O. Kren gibt eine große Zahl von praktisch wichtigen kosmetischen Maßnahmen, die kennen zu lernen lohnend ist. Die Lektüre des Krenschen Buches ist deshalb bestens zu empfehlen.

Meirowsky-Köln.

Lazarus, P.-Berlin: Handbuch der gesamten Strahlenheilkunde, Biologie, **Pathologie und Therapie.** Bd. 2, Lfg. 4. Mit 24 Abb. und zahlreichen Tabellen. Verlag von J. F. Bergmann, München 1930. Preis RM. 22.50.

Im Abschnitt: „Die Radiotherapie als Mittel zur Massenbekämpfung der Krebskrankheit" macht P. Lazarus bei der Aufalterung der Bevölkerung den sehr beachtlichen Vorschlag, die gesamte Bevölkerung in Präventorien jährlich durchzumustern, um die senile Degeneration der Organe zeitig zu erkennen. Wegen der psychologischen Wirkungen soll die ganze Organisation unter eugenischer Flagge gehen. Die Therapie soll besondere Blastologen übernehmen. Die Strahlenbehandlung auch bei operablen Karzinomen der Haut, der Lippen, wie der Eingangsschleimhäute, der Mundhöhle, der Schilddrüse, des Collum uteri, bei den Seminomen, den Sarkomen und Granulomen ist der operativen Behandlung mindestens ebenbürtig, jedoch ungefährlicher. Bei Karzinomen des Magen-Darmtraktes gebührt der Operation der Vorrang. Bei den Krebserkrankungen der übrigen Organe ist zum mindesten die Vorbestrahlung angezeigt. In der Lokal- und Nahbehandlung ist das Radium vorzuziehen. Großer Wert ist bei der „Geschwulstkrankheit" auf die Nachbehandlung (Freiluftliegekur) zu legen. Die ausschließliche chirurgische Methodik hat auf die gesamte Krebsmortalität keinen wesentlichen Einfluß gehabt. Die „Strahlenanwendung in der inneren Medizin" umfaßt die Kapitel „Die Röntgentherapie bei inneren Erkrankungen" von Parrisius, „Die röntgen-therapeutische Behandlung der Basedow-Krankheit" von Solomon, „Strahlentherapie der internen Tuberkulose" von Bacmeister, „Die Röntgentherapie bei Infektionskrankheiten" von Mühlmann und Meldolesi, „Die Strahlentherapie der Erkrankungen des Nervensystems" von Béclère und Levy. Zum Schluß bringt die Lieferung „Die Strahlentherapie in der Kinderheilkunde" von Czerny und Karger. Die vorliegende Lieferung reiht sich in ihrer Vielseitigkeit, Prägnanz und Gründlichkeit würdig den bisherigen an, und mit Spannung erwarten wir den Abschluß dieses Werkes.

J. Kottmaier-Mainz.

Venzmer, G.: Eine sterbende Krankheit. Vom Aufstieg und Niedergang der Syphilis. Mit 54 Bildern. Montana-Verlag, Med. Abt., Benno Konegen, Stuttgart 1930. Preis RM. 2.50, geb. 3.50.

In spannender Darstellung schildert der Verf. die Verbreitung der Syphilis in Europa seit der Entdeckung Amerikas, unsere Kenntnisse über eine vermutete präcolumbische Lues und die modernen Fortschritte in der Diagnose und Behandlung der

Digitized by Google

Krankheit, die sich an die Entdeckung der Spirochaeta pallida, vor allem an die Ehrlichschen Salvarsanarbeiten anschließen. Zahlreiche, gut gewählte Bilder aus der Geschichte der Syphilis beleben den Text, den jeder Dermatologe mit Genuß lesen wird; vor allem aber hat es der Verf. glänzend verstanden, die Bedeutung der Ehrlichschen Arbeiten auch dem Laien gegenüber in das rechte Licht zu stellen.

F. Juliusberg-Braunschweig.

Facchini, V.-Bologna: La Sierodiagnosi della Sifilide (Die Serumdiagnostik der Syphilis). Verlag von L. Cappelli, Bologna 1929.

Das vorliegende Buch ist der erste Teil einer Arbeit Facchinis, dem fünf weitere folgen sollen. Nach einem geschichtlichen Überblick über die verschiedenen Methoden der Serumdiagnostik beschreibt der Verf. ausführlich die Technik der WR in der Originalmethode und den zahlreichen Modifikationen. Es folgt ein Kapitel über die Eigenschaften und die Erstellung der einzelnen bei der Reaktion angewandten Reagenten. Nach Erwähnung der mit der WR bei Krankheitsformen von unbekannter Ätiologie erhaltenen Resultate wird die Bedeutung der Reaktion in den einzelnen Stadien und den verschiedenen Formen der erworbenen Syphilis ausführlich behandelt. Das Fehlen eines Inhaltsverzeichnisses dieses ersten Bandes erschwert vorerst die Konsultation des Werkes.

Monacelli-Rom.

Mitteilungen aus der Literatur

Syphilis

Therapie

Rosenberg, M.-Acco (Palästina): Die Malaria in ihren Beziehungen zu Gonorrhoe, Lues und Neurolues. Arch. f. Schiffs- u. Trop.-Hyg., Bd. 33, H. 9, S. 463.

Verf. nimmt an, daß die Malaria in den Tropen den Verlauf der Blennorrhoe günstig beeinflußt. Verf. versucht sodann 1. das gehäufte Auftreten der Malaria in den tropischen Städten, 2. das Fehlen der Metalues in den tropischen Dörfern zu erklären. Die erste Frage erklärt er durch die starke Salvarsanbehandlung, während er für die Unterschiede von Stadt und Land Unterschiede in den immunisatorischen Fähigkeiten sowie deletäre Einflüsse der Zivilisation verantwortlich macht. Die Malaria wirkt präventiv und kurativ.

P. Unna jun.-Hamburg.

Pasini, A.: Relazione sul Tema ufficiale Pireto- e Malariaterapia nella Sifilide (Bericht über das vorgeschriebene Thema: Fieber- und Malariabehandlung in der Syphilis). Soc. ital. Dermatol. Sifilogr., 1929.

Bisher noch nicht veröffentlicht sind die von Saiz-Triest, Mingazzini-Rom, Modena-Ancona und Antonius-Mailand dem Verf. zur Verfügung gestellten statistischen Bearbeitungen ihres Materials. Pasini berechnet aus allen Statistiken, daß 8% der Kranken eine volle, 12% eine unvollständige Remission erreichen; wenn es der Zustand der Paralytiker erlaubt, sei die Malariabehandlung daher ärztliche Pflicht. Die eigenen Untersuchungen des Autors an der Spinalflüssigkeit wurden mit den üblichen Methoden ausgeführt. Er fand, daß man als erste krankhafte Stoffe Globuline und Blutkörperchen nachweisen kann, besonders Lymphozyten; Albuminosen, die Goldsol-, die Benzoe-, die Mastix- und die WR wurden in der Regel erst später beobachtet. Bei frischer Syphilis mit Krankheitszeichen in 15% positiver Ausfall, bei behandelter latenter 27,9%, bei nicht behandelter latenter 40%, bei Gehirnsyphilis, Paralyse und Tabes 100%. Die Verhältnisse im Liquor bzw. Serum waren bei nichtbehandelter florider Syphilis 16% bzw. 100%, bei latenter behandelter 7,9% bzw. 42%, bei nichtbehandelter latenter 40% bzw. 53%, bei Gehirnsyphilis 100% bzw. 90%, bei Paralyse 100% bzw. 68%, bei Tabes 100% bzw. 72%. Versuche mit verschiedenen fiebererzeugenden Mitteln bei Syphilis I, II und III ergaben schwankende und im Anfang unbefriedigende Resultate; die Spirochäten wurden in der Regel nicht, der Liquor in keinem Falle, der Wassermann nur ausnahmsweise und dann nur im Sinne einer Abschwächung beeinflußt. Wurde dagegen das Fieber im Laufe einer Salvarsan-Quecksilber- oder Salvarsan-Wismut-Kur entflammt, so waren die Erfolge recht günstig. Natürliche fieberhafte Prozesse beeinflussen die Syphilis besser als experimentelle. Pasinis eigene Versuche mit Malaria erstreckten sich über 47 Syphilitiker aller Art. Die Malariatherapie war immer von einer spe-

Digitized by Google

zifischen Behandlung gefolgt. Die Impfmalaria beeinflußte die Spirochäten nur sehr zögernd; das gleiche konnte bei mit echtem Sumpffieber behafteten Syphilitikern beobachtet werden. Die Wirkung bei später Nervensyphilis kann also keine direkte sein. Ausschließliche Malariabehandlung übt nur zögernd und ungenügend Einfluß auf die Erscheinungen aus, auf Syphilis III etwas mehr als auf I und II. Die WR des Blutes wird bei derartiger Nachbehandlung in 95% negativ; Malaria allein kann dagegen umgekehrt negative WR in positive umwandeln. Syphilitiker sind nach dem 2. Behandlungsjahr hinsichtlich des Liquors zu untersuchen und eventuell mit kombinierter Malariakur zu behandeln. Die Berechtigung und Notwendigkeit der Malariabehandlung beginnt erst bei den Stadien und Formen der Syphilis, wo die alleinige chemische Behandlung versagt. v. Notthafft-München.

Schoenemann, H.-Stollberg i. E.: Infektion der Meningen nach Lumbalpunktion durch Hautstückchen. M. m. W., 1929, Nr. 35, S. 1464.

Nicht selten wird bei dem Einstich der Lumbalpunktionsnadel ein kleines Hautstückchen ausgestanzt. Dieses kann zwischen Nadel und Mandrin festgeklemmt und mit der Spitze in den Lumbalsack eingeschoben werden. Verf. glaubt, daß ein solches — wenn auch rite desinfiziertes— Hautstückchen trotzdem noch pathogen sein und den Lumbalsack infizieren kann. In solchem Fall wäre der Arzt an einer Infektion natürlich schuldlos. H. Colman-Berlin.

Palcsé, V.-Nyiregyhaza (Ungarn): Über die Ursachen des nach Lumbalpunktion auftretenden Meningismus. D. Zschr. f. Nervenhlk., Bd. 109. H. 1/2, S. 71.

Bei der Lumbalpunktion verändert sich durch Druckverminderung das hydrodynamische Gleichgewicht des Liquors; die Ursache des Meningismus muß in dieser Gleichgewichtsstörung gesucht werden. Seit Einführen der Zysternenpunktion (5 ccm Liquorentnahme) tritt nur in den seltensten Fällen leichter Meningismus auf, so daß die Ursachen lokaler Meningitis, Aderspasmus, Aderdilatation, Konstitution usw. nicht stichhaltig sind. Die Ausschaltung des Meningismus hat folgende Ursache. In horizontaler Lage ist der Druck des Liquors in der Zysterne gleich Null oder negativ, von der Zysterne abwärts im subarachnoidalen Raum hingegen positiv. Aus diesen Druckveränderungen des Liquors folgt, daß nach Zysternenpunktion ein Nachfließen des Liquors ausgeschlossen ist, hingegen nach Lumbalpunktion auch bei Verwendung einer dünnen Nadel wegen des starken positiven Druckes nicht vermieden werden kann. S. Habermann-Prag.

Jakobs, J.-Essen: Zwischenfälle bei der Subokzipitalpunktion. (Hautkl. d. Städt. Krankenanst.) M. m. W., 1929, Nr. 31, S. 1290.

Mitteilung von zwei im Anschluß an die Subokzipitalpunktion beobachteten Zwischenfällen, die beidemal Patienten betraf, die eine Schädelverletzung durchgemacht hatten. In beiden Fällen kam es zu Krampfzuständen im rechten Arm und Bein, denen in einem Falle noch eine schwere lokale intrakranielle Blutung vorherging, die zum Kollaps und zu schweren Hirndrucksymptomen mit vorübergehendem Atemstillstand führte. Durch Kalzium-Sandoz gelang es, die Blutung zum Stehen zu bringen und durch Lobelin den Atemstillstand zu beheben. Wahrscheinlich sind die Zwischenfälle in der Weise zu erklären, daß bei den Schädelverletzungen entzündliche Prozesse an den Hirnhäuten stattgefunden hatten, welche zu Verklebungen und Verwachsungen der Hirnhäute führten. Dadurch war es möglich, daß der Pulsationsreiz von der Dura auf die Pia weitergeleitet wurde und so den Krampf auslöste und daß in dem einen Falle durch Verlagerung der Gefäße eine arterielle Verletzung zustande kommen konnte. Es sind daher Schädelverletzungen als eine Kontraindikation für die Subokzipitalpunktion anzusehen. B. Peiser-Berlin.

Blennorrhoe

Pathologie und Klinik

Fodor, G.-Budapest: Gonokokken und Einschlußkörper. (Augenkl. d. kgl. ung. Peter-Pazmany-Univ.) Kl. Mbl. f. Augenhlk., Bd. 83 (Juli-Dezember), S. 264.

Beschrieben werden 3 Fälle, bei denen anfangs eine rein gonorrhoische Blennorrhoe bestand. Nach einiger Zeit traten typische Einschlußkörper auf. Die Gonokokken wurden endlich vollständig durch Einschlußgebilde verdrängt. Die so persistierende Konjunktivitis enthielt in ihrem Sekret ausschließlich Einschlußkörper. Ob es sich in diesen Fällen um Mischinfektionen handelt oder die Einschlußgebilde aus Gonokokken hervorgingen, will Verf. nicht entscheiden. K. Linser-Dresden.

Digitized by Google

Genner, V., u. P. Schultzer: Ein Fall von primärer, kutaner gonorrhoischer Infektion. Panaritium mit nachfolgender gonorrhoischer Lymphangitis, Allgemeininfektion nebst Gelenkerkrankung. Hosp. tid., 1929. Nr. 28, S. 764.

Ein 39jähr. Arzt erlitt bei der Behandlung eines an blennorrhoischer Urethritis und Balanoposthitis leidenden Patienten infolge von Abwehrbewegungen desselben einen kleinen Kratzeffekt am Daumen ohne erkennbaren Einriß der Haut (2. X. 28). Etwa 30 Stunden später spannendes Gefühl am Arm, alsbald Entstehung einiger vom Daumen ausgehender lymphangitischer Streifen. Im Laufe der nächsten Tage bildeten sich zwei kleine Abszesse am Thenar, welche bei der Inzision graulichen Eiter entleerten; Färbung mit Methylenblau ergab typische Gonokokken. Der weitere Verlauf ernst und wechselreich; Fieber bis 39° und 40° C; Überführung ins Krankenhaus. Entzündlicher Erguß in Schultern, Knien, Hüftgelenk nach Art einer blennorrhoischen, nicht septischen Infektion; Behandlung mit Diathermie und Massage. Knie erst im Februar wieder gut beweglich. Die Diagnose wurde durch die Komplementbindung bestätigt, welche jeweils die Stärkegrade 2 (1. XI.), 6 (30. XI.), 7 (4. I. 29) und 7 (6. II. 29) aufwies. A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Ramond, L.: Coxite gonococcique (Gonorrhoische Coxitis). Presse méd., 1929, Nr. 76, S. 1239.

Bei einer 35jähr. Frau fand sich eine lokalisierte Entzündung des linken großen Trochanters mit sekundärer Beteiligung des Gelenkes, das in seiner Bewegung völlig beschränkt ist. Die Coxitis gon. kommt in jedem Stadium der Blennorrhoe vor, wird durch akzidentelle Traumata begünstigt. Die Diagnostik muß sich auf Gonokokkenbefund stützen, ferner auf den Röntgenbefund und in seltenen Fällen auf Erfolge mit spezifischer Therapie. Therapie: Lokal, wenn möglich Immobilisierung in geeigneter Stellung, lang dauernde Extension, Punktion. Allgemein: Behandlung der blennorrhoischen Septikämie, vorsichtiger Versuch, die Gonokokken an der primären Ansiedlungsstelle zu vernichten. Die Ankylosen müssen später durch forcierte Mobilisationen in Narkose eventuell durch Resektionen beseitigt, die Luxationen durch blutige Reposition oder Osteotomie. H. Colman-Berlin.

Lwow, N. A.-Moskau: Über die diagnostische Bedeutung der Reaktion Bordet-Gengou in der Klinik der weiblichen Gonorrhoe. (Venerol. Staatinst. u. Abt. f. Frauengonorrhoe u. Abt. f. exper. Venerologie.) Mschr. f. Geburtsh., Bd. 82, H. 4/5. S. 305.

Trotz des Fehlens der Immunität nach Blennorrhoe muß doch aus dem positiven Ausfall der Bordet-Gengouschen Reaktion auf das Vorhandensein von Antikörpern im kranken Organismus geschlossen werden. In gewissen Fällen entsteht übrigens eine erworbene Immunität, indem bei der aszendierenden Blennorrhoe in gewissem Prozentsatze die Gonokokken aus Zervix und Urethra verschwinden, und der Versuch von Zaigreff zeigte, daß die Verimpfung des gonokokkenhaltigen Eiters in eine akzessorische Urethra keine Infektion herbeiführte. Auf Grund von 527 Fällen von Erkrankungen der weiblichen Genitalorgane stellte Verf. fest, daß das Vorhandensein von Gonokokken eine gewisse Immunität erzeugt, die sich durch Antikörper im Serum manifestiert. Die unkomplizierte Blennorrhoe gibt die Reaktion in etwa 50% der akuten und in 28% der chronischen Fälle; bei der komplizierten Blennorrhoe steigt die Zahl der positiven Reaktionen bis auf 90%; unter ihnen geben die Arthriden die höchste Zahl, ihnen folgen die Metro-Endometritis, dann die Adnexitis und zuletzt die Perimetritis, welche den niedrigsten Empfindlichkeitsgrad zeigt.

F. Winkler-Wien.

Therapie

Ullmann, K.-Wien: Über den Wert des kolloidalen Silberpräparates Choleval für die Behandlung der Gonorrhoe. M. Kl., 1929, Nr. 40, S. 1550.

Das im Choleval enthaltene gallensaure Natrium wirkt nicht nur als Schutzkolloid, sondern auch sekretlösend und Eiterkörperchen zerstörend, worauf ein großer Teil der Wirkung beruht. Bei Anwendung des Cholevals muß das richtige Stadium der Erkrankung und die richtige Konzentration beachtet werden. Letztere wird oft zu stark gewählt, die Patienten klagen dann über stärkeres Brennen und bekommen Reizungen. Es empfiehlt sich mit $^1/_8$% zu beginnen, und zwar nicht gleich im ganz akuten Stadium des Trippers, allmählich kann dann gesteigert werden. Treten Reizungen ein oder akute Posterior, so ist vorübergehend wieder zu einer reizlosen Behandlung zurückzukehren. Beim Nachlassen von Posterior und Komplikationen ist Choleval angezeigt, hier kommen auch 1—2%ige Instillationen in Betracht. Bei

Digitized by Google

weiblicher Blennorrhoe Spülungen mit Choleval 1‰—¼%, Cholevalbolus, -kugeln, -tabletten und -tampons. Prophylaktisch und abortiv wirkt Choleval 2—5%. Durch Zusatz von ½% Antipyrin kann das Brennen der Lösungen herabgesetzt werden.
E. Levin-Berlin.

Levinthal, W.-Berlin: Zur Bakteriologie des Gonovitans. (Inst. Robert Koch.) D. m. W., 1929, Nr. 43, S. 1793.

Die im Gonovitan vorhandenen Bakterien gehören zur Gruppe der Pasteurellabazillen. Die Gonokokken dagegen sterben bei Zimmertemperatur innerhalb von 48 Stunden ab. Verf. fordert daher die Beseitigung der Bezeichnung „Gonovitan".
F. Harry-Wiesbaden.

Schaefer, W.-Göttingen: Zur Partagonbehandlung der weiblichen Gonorrhoe. (Univ.-Frauenkl.) D. m. W., 1929, Nr. 34, S. 1420.

Verf. empfiehlt die Lokalbehandlung der weiblichen Gonorrhoe mit Partagonstäbchen. Abgesehen von der leichten Handhabung der Stäbchen, die einen hochprozentigen Silbergehalt mit dem Vorzuge langsamer Quellung verbinden und dadurch die besonders innige Berührung des Argentums mit allen Falten der Zervix und Urethra begünstigen, wird die Behandlungszeit gegenüber der Protargol-Trypaflavinbehandlung abgekürzt.
F. Harry-Wiesbaden.

Bauer, R., u. J. Schwarz-Wien: Beitrag zur Behandlung der weiblichen Gonorrhoe auf Grund statistischer Erhebungen. (Gynäk. Abt. d. Wiener Allg. Poliklin.) W. kl. W., 1929, Nr. 38, S. 1221.

Eine wirkliche Heilung der weiblichen Blennorrhoe läßt sich nur durch eine sachgemäße Verbindung lokaler mit der Vakzine-Therapie erreichen. Verf. hatte die besten Erfolge mit einer im Wiener serotherapeutischen Institut hergestellten Gonokokkenvakzine, die 3000 Millionen Keime im Kubikzentimeter enthält. Für die häufigen Mischinfektionen verwendet er eine Staphylokokken-Streptokokken-Kolo-Vakzine, die je 1000 Millionen Keime im Kubikzentimeter enthält. Von 828 Fällen konnten 311 als geheilt entlassen werden; die Heilungserfolge der vorhergehenden Jahre, in denen ohne oder mit schwächeren Vakzinen gearbeitet wurde, waren erheblich schlechter. Die Dauer der Behandlung war durchschnittlich 10 Wochen, die Zahl der Injektionen etwa 14. Besonders günstig reagierten Arthritiden, während z. B. die oberflächlichen Prozesse von der Vakzine unbeeinflußt blieben. Eine besondere Kontraindikation gegen Vakzinetherapie stellt vor allem die Tuberkulose dar. Sonst ist die genannte Therapie als gefahrlos anzusehen.
H. Colman-Berlin.

Schäfer, G.-Berlin: Zur Frage der Wahl der medikamentösen Blennorrhoeprophylaxe bei Neugeborenen. (Univ.-Frauenkl.) M. m. W., 1929, Nr. 39, S. 1655.

In der häuslichen Geburtshilfe haben sich die von der Industrie in Handel gebrachten, mit einer Silbersalzlösung gefüllten Ampullen (Mova-Ampullen der Mova-gesellschaft, Arg.-nitr.-Paretten der I. G. Farbenindustrie) zur Blennorrhoeprophylaxe sehr bewährt. Die Gefahr einer Glassplitterung ist bei ihrer Anwendung vorkommen vermieden. Für den Kreißsaal hat die Methode die alte Arg.-nitr.-Flasche nicht verdrängen können, da sie zu zeitraubend ist.
Sprafke-Chemnitz.

Spanier, F.-Berlin: Vulvovaginitis gonorrhoica infantum. (Dermatol. Abt. d. Rudolf-Virchow-Krankenhauses.) Med. Welt, 1929, Nr. 38, S. 1362.

Statt einfacher Abstriche wird an der Buschkeschen Klinik das Rektum mit einem doppelläufigen Rohr ausgespült; in den Flocken der Spülflüssigkeit sind die Gonokokken nachweisbar. Die Behandlung der Urethra erfolgt durch Einspritzungen mit den gebräuchlichen Silbersalzen. Vulva und Vagina werden mit gutem Erfolg durch Einblasungen mit Silargel Heyden behandelt. Bei Rektalblennorrhoe werden Spülungen mit Argentum nitric. 1:5000 und anschließende Injektion einer erwärmten 5%igen Protargol- oder 10%igen Targesinvaseline empfohlen. Außerdem 2mal täglich Sitzbäder mit verdünnter Kalipermanganatlösung. Kann auch der Heilungsverlauf Monate und Jahre währen, so haben doch systematische Untersuchungen der Klinik die Wiederherstellung einer vollen Funktionstüchtigkeit ergeben.
H. Ress-Dessau.

Urogenitalapparat

Allgemeines

Sbiosawa, Z.-Kobe: Über eine besondere Zellanhäufung im Gewebe der männlichen Geschlechtsorgane der Tiere. (Pathol. Abt. d. Präfekturkrankenhauses.) Virch. Arch., Bd. 273, H. 2, S. 531.

Digitized by Google

Die fraglichen Zellanhäufungen wurden nur beim Kaninchen, nicht beim Hund gefunden, bei ersteren in 28% der Fälle. Sie sitzen in den Samenwegen vom Rete testis bis zu den Coni vasculosi. Es handelt sich um meist von einer Kapsel umgebene Anhäufungen protoplasmareicher rundlicher bis polygonaler Zellen mit chromatinarmem Kern. Sie enthalten weder Pigment noch Glykogen, keine Oxydase- und keine Altmann-Granula und nur unter pathologischen Verhältnissen eine geringe Menge Fett. Sie speichern auch kein Karmin; doch enthalten die Haufen Histiozyten, die Fett und Pigment enthalten, phagozytieren und labile Oxydasereaktion ergeben. Die Zellhaufen sind gegen endo- und exogene Schädigungen widerstandsfähig, können aber bei experimentellen Läsionen (Lanolinfütterung, Sonnenbestrahlung) Kapillarerweiterung, Blutungen, Bindegewebswucherung sowie Vakuolenbildung und Kernschwund der spezifischen Zellen zeigen. Es handelt sich um ein selbständiges Organ, das mit akzessorischen Nebennieren (Fehlen des Fetts) und chromaffinem Gewebe (keine Chrom-, keine Adrenalinreaktion) nichts zu tun hat. Eine innersekretorische Funktion läßt sich vermuten, aber nicht beweisen. Aus dem Fehlen beim Hund läßt sich schließen, daß es sich nicht um ein unentbehrliches Organ handelt. Über etwaiges Vorkommen beim Menschen wird nichts gesagt.

Fr. Wohlwill-Hamburg.

Gostimirovic, D.-München: Bemerkungen zur experimentellen Hyperfeminierung. (Path. Inst. d. Univ.) Kl. W., 1929, Nr. 45, S. 2091.

Im Gegensatz zu anderen Autoren hat G. gefunden, daß es bei Mäuseweibchen durch mehrfache vor der Begattung verabfolgte subkutane Follikulininjektionen gelingt, eine merkliche Verschiebung des Zahlenverhältnisses der Geschlechter der Nachkommenschaft zugunsten der Männchen zu erzielen. Nur Versuche von Reiprich am Kaninchen, die aber noch nicht in genügender Zahl durchgeführt sind, entsprechen in ihren Resultaten denen von G.

Frei-Berlin.

Magid, M.-Kiew: Zur Frage der Mißbildungen des Urogenitalsystems. (Geburtshilf. Abt. d. Oktoberkrankenhauses.) Mschr. f. Geburtsh., Bd. 83, H. 1/2, S. 63.

Beschreibung eines Falles von schwerer Mißbildung des Urogenitalsystems als Folge eines primären Entwicklungsdefektes der Kloake. Penis und Anus fehlten vollständig. Der Darm endete blind in Form eines Bindegewebsstranges im kleinen Becken. Die sehr kleine Blase wies einzelne Vertiefungen der Wandung auf und war nach der Harnröhre und den Harnleitern hin verschlossen. Pars membranacea und cavernosa urethrae waren nicht vorhanden, dagegen waren die Harnleiter gut ausgebildet. Die linke Niere war mangelhaft entwickelt, ebenso der rechte Hoden, der sich noch in der Bauchhöhle befand. Der Exitus trat 3½ Stunden nach der Geburt ein.

B. Peiser-Berlin.

Penis, Urethra, Blase

Puhl, H.-Kiel: Die Röntgenuntersuchung der männlichen Harnröhre. (Chir. Univ.-Kl.) D. Zschr. f. Chir., Bd. 220, H. 1/2, S. 372.

Eingehender Bericht über zahlreiche Fälle von Harnröhrenveränderungen, die mittels Kontrastfüllung mit 10—20%iger Jodipinlösung oder Verubrenal röntgenologisch dargestellt werden; besondere Berücksichtigung der Befunde von E. Langer. Zur Anteriordarstellung sind 10—20 ccm zu injizieren, während zur Posterioraufnahme 100—200 ccm in die Blase gebracht werden und während der Miktion die Aufnahme (6—7 Sekunden; 50 KV, 30 mA, Buckyblende) erfolgte. Leicht lassen sich Fremdkörper, Konkremente, Divertikelbildungen, Abszesse, Entwicklungsanomalien, Prostatahypertrophien erkennen; auch Lähmungen der Schließmuskel sind erkennbar. Stärkere Posteriorstrikturen wurden nicht angetroffen. Einfluß von Traumen auf Harnröhre mittels dieser Methode gut zu beurteilen. Sehr erfolgreich waren die Aufnahmen bei sonst kaum nachweisbaren Einschmelzungshöhlen der hinteren Harnröhre; mancher Fall von chronischer Epididymitis, Prostatis oder Fistelbildung konnte so geklärt werden. In den Nachbarorganen der Posterior zeigten sich häufig erweiterte Ausführungsgänge. Gute Röntgenbilder.

W. Curth-Berlin.

Fuhs, H.-Wien: Über die therapeutischen Erfolge der Radiumstrahlen bei Induratio penis plastica. (Radiumstation d. Allg. Krankenhauses.) Strahlenther., Bd. 33, H. 4, S. 667.

Unter den Behandlungsmethoden der Induratio penis plastica steht die Strahlentherapie an erster Stelle (Callomon). Dabei hat die Radiumtherapie an Bedeutung gewonnen. Die vorwiegend derben, plattenartigen, hauptsächlich dorsal gelegenen Ver-

Digitized by Google

härtungen des Penis oder seltene, knoten- und strangförmige Indurationen sowie auch solche im Bereich des urethralen Schwellkörpers, welche mit Schmerzaffektionen bei der Erektion, vor allem aber Funktionsbehinderung beim Geschlechtsverkehr einhergehen, werden durch 1 mm Messing gefilterte Dominiciröhrchen bestrahlt. Die Anfangsdosis beträgt durchschnittlich 40 mg-Elementstunden. Diese nahe der Toleranzgrenze liegende Strahlenmenge muß bei den zunächst in 2-, später in 4wöchigen Pausen zu wiederholenden Bestrahlungen eine allmähliche Verringerung auf 20 bis 15 mg-Elementstunden erfahren. Je nach Ausdehnung und Tiefe der Indurationen wird je ein Röhrchen dorsal und an der einen Seite des Penis, bei ring- und kranzförmiger Verhärtung auch an der anderen Seite und Unterfläche des Gliedes angelegt. Wegen der Kumulationswirkung werden niemals zwei gegenüberliegende Seiten gleichzeitig bestrahlt. Bei 80 Patienten der Klinik Arzt waren zumeist 10—14 Bestrahlungen notwendig. Mehr Bestrahlungen enthalten eine gewisse Gefahr. Die an Stelle der Verhärtung zurückbleibende Gewebsschrumpfung hat keine Störung der Potentia coeundi zur Folge. Die geheilten und gebesserten Fälle machen je etwa 25%, aus. 14% waren völlige Versager. Bei ausgeprägteren Kalkeinlagerungen bzw. Knochenbildungen läßt die Radiumbehandlung allein keine befriedigenden Resultate erwarten. Hier ist die Verbindung von Operation und Radiumnachbestrahlung angezeigt.

E. Kottmaier-Mainz.

Dormanns, E. A.-Kanton: Über das Peniskarzinom und seine besondere Häufigkeit in Ostasien. (Pathol. Inst. d. Sun-Yatsen-Univ.) Z. Krebsforschg., Bd. 29, H. 5. S. 435.

In Ostasien und besonders bei Chinesen kommen Peniskarzinome häufiger vor als bei europäischen Völkern; ebenso wie die Papillome des äußeren Gehörgangs sind die Peniskarzinome besonders bei den unteren Volksschichten verbreitet. Möglicherweise hängt dies mit der Verwendung stark reizender Heilmethoden bei Geschlechtskrankheiten zusammen.

F. Winkler-Wien.

Mühlpfordt, H.-Allenstein: Ist nach Penisamputation Kindererzeugung möglich? M. m. W., 1929, Nr. 31, S. 1287.

Bei einem Patienten, der nach Penisamputation infolge bösartiger Geschwulst mit dem zurückbleibenden Stumpf einen regelmäßigen Verkehr ausüben konnte, mußte die Frage der Möglichkeit einer Schwängerung im positiven Sinne entschieden werden; es erfolgte daher Verurteilung zur Tragung der Alimente.

B. Peiser-Berlin.

Friedel, A.-Berlin: Die Entleerung der Harnblase nach Heiss. M. Kl., 1929, Nr. 36. S. 1396.

Kurze Besprechung einer Arbeit von Heiss über „Die mechanischen Faktoren des Verschlusses und der Eröffnung der Harnröhre", in der von der bisherigen wesentlich abweichende Anschauungen über die Blasenmuskulatur und ihre Wirkung bei der Entleerung der Blase beigebracht werden. Insbesondere ist der sogenannte Detrusor an der Entleerung viel weniger beteiligt als die Ringmuskulatur und verdient seinen Namen nicht.

E. Levin-Berlin.

Tagesgeschichtliche Nachrichten

Die 28. Jahresversammlung der Deutschen Gesellschaft zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten findet am 30. und 31. Mai 1930 in Dresden statt. Thema: Das Problem des Bewahrungsgesetzes (Referent: Min.-Rat Dr. Ruppert).

Gewählt: Prof. Bogumil Beron, Direktor der Dermatologischen Klinik in Sofia zum Ehrenmitglied der Tschechoslowakischen Dermatologischen Gesellschaft:

zum Vorsitzenden der Dermatologischen Gesellschaft in Lemberg Dr. Michael Salpeter.

Gestorben: Dr. Max Juliusberg in Frankfurt a. M.;

Dr. Xaver Watraszewski in Warschau.

R.

Nachdruck (auch des Abschnittes „Tagesg. Nachr.") ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt

Verantwortlich für die Redaktion: für Originalabhandlungen und T. N.: Prof. Dr. J. H. Ellis, Leipzig, Johannisplatz 1. Für den Referatenteil: Dr. Fritz Callomon, Dessau

Digitized by Google

Dermatologische Wochenschrift

Nr. 21 (Bd. 90) 24. Mai 1930

Aus der dermatologischen Klinik der Jagellonischen Universität in Krakau
(Direktor: Prof. Dr. Fr. Walter)

Beitrag zur Kenntnis der hämatogenen Hautmetastasen bei Ulcus vulvae acutum

Von

Prof. Dr. Fr. Walter und Dr. I. Roman, Assistentin der Klinik

Mit 2 Abbildungen im Text

Die bis jetzt ziemlich selten veröffentlichten Fälle von Ulcus vulvae cutum Lipschütz mit gleichzeitig auftretenden Erscheinungen von seiten er Haut in Form von papulösen Ausschlägen oder an Erythema nodo- um erinnernden Erscheinungen beweisen, daß das Ulcus vulvae acutum icht nur eine lokale Genitalerkrankung ist, sondern daß es in seinem 'erlaufe zu Bakteriämie und hämatogenen Metastasen kommen kann.

Der Zusammenhang der Ulzerationen des weiblichen Genitales mit rythema nodosum wurde schon früher beobachtet, aber die ätiologische ugehörigkeit beider krankhaften Erscheinungen wurde nicht bewiesen. rst Šamek und Fischer (1929) konnten den genauen Beweis über den iologischen Zusammenhang beider Krankheiten erbringen.

Im Jahre 1929 hatten wir Gelegenheit, 2 typische Fälle von Ulcus ulvae acutum mit hämatogen entstandenen Hautaffektionen zu be- achten.

Fall 1. M. H., 24 Jahre alt. Seit mehreren Jahren leidet Patientin an rezidivie- nden Schleimhautaffektionen des Mundes, welche immer ohne Behandlung spontan rücktreten. Seit 2 Monaten besteht das letzte Rezidiv. Vor 2 Wochen erkrankte ıtientin plötzlich unter Schüttelfrost und Fieber, Appetitlosigkeit; an der Haut der rust trat ein Ausschlag, aus einigen rötlichen Knötchen bestehend, und am Genitale hmerzhafte Geschwüre auf. Die Untersuchung ergab: Gutes Allgemeinbefinden, guter nährungszustand. Temperatur 37.6°, Puls 82. An der Lippen- und Wangenschleim- ut mehrere kleine, oberflächliche, unregelmäßige, aphtenähnliche Effloreszenzen und osionen mit weißem Belag und rotem Hallo. Die Erosionen sind sehr schmerzhaft. ı der Haut des Rückens, Halses, der Brust und Stirn befindet sich ein aus kleinen, aunrötlichen, konischen Papeln bestehender Ausschlag. An der Spitze einiger Papeln finden sich kleine Pusteln, außerdem sind hier und da kleine Pusteln auf normaler ıut zerstreut. An der Innenseite der kleinen und großen Schamlippen sowie auch auf r Haut der großen Schamlippen bestehen zahlreiche, schmerzhafte Geschwüre mit hmierigem Belage und unterminiertem Rande. Hymen intakt. Die Inguinaldrüsen ht vergrößert. Mehrmalige Untersuchungen ergaben stets negative WR und MTR.

Im Abstrich der Geschwüre befinden sich zahlreiche grampositive, kurze, recht- kige Stäbchen, teils einzeln, teils in Haufen und kurzen Ketten, entsprechend dem pus Bacillus crassus Lipschütz. Die angelegten Blutkulturen blieben steril. Die ıtersuchung auf Spirochaete pallida und Ducrey-Unna-Bazillen fielen negativ aus. ilung nach 1 Monat unter indifferenter Lokalbehandlung.

Digitized by Google

Fall 2. A. K., 19 Jahre alt. Seit 2 Wochen leidet Patientin an schmerzhaften Erosionen der Zungen-, Rachen- und Lippenschleimhaut. Vor einigen Tagen entstanden schmerzhafte Geschwüre an den Schamlippen und ein Ausschlag aus kleinen Papeln am Rücken und am Gesäß. Vor $2^1/_2$ Jahren erkrankte Patientin unter identischen Erscheinungen, jedoch ohne Affektion der Mundschleimhaut.

Die Untersuchung ergab: Patientin schwach gebaut. Temperatur 37,8°, Puls 86. Auf der geröteten Schleimhaut der Wangen, Zunge, der Lippen, an den Gaumenbögen und am Zahnfleisch befinden sich zahlreiche kleine, runde oder polygonale, schmerzhafte Erosionen, mit festhaftendem weißem Belag bedeckt.

An der Haut des Rückens, der Oberschenkel und des Gesäßes zahlreiche kleine polygonale oder konische, braungefärbte Papeln, einige mit kleinen Pusteln an der Spitze. Die großen Schamlippen sind geschwollen und mit zahlreichen Geschwüren bedeckt. Die Ränder der Geschwüre sind unregelmäßig, zackig, der Grund mit gelblichweißem Belag bedeckt. Geschwüre befinden sich auch in der Genitokruralfalte und am Perineum. Hymen intakt. Inguinaldrüsen vergrößert und schmerzhaft. Zervikal- und Submaxillardrüsen ebenfalls vergrößert. WR und MTR negativ. Pirquet schwach positiv, Luetinreaktion negativ. Im Eiter der Geschwüre zahlreiche grampositive, kurze Stäbchen vom Typus Bacillus crassus Lipschütz. Pallida- und Ducrey-Unna-Bazillen negativ. Auf Aszitesagarplatten mit Zucker sowie auch auf gewöhnlichem Agar entwickelten sich aus dem Eiter nach 48 Stunden typische Kolonien von Bacillus crassus, zuerst mit Staphylokokken verunreinigt. Im Ausstrich waren typische Krassusbazillen sowie Erscheinungen von Plasmolyse und Plasmophyse (Lipschütz) zu sehen.

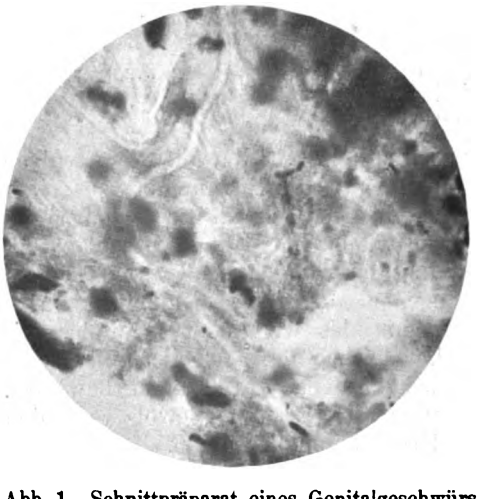


Abb. 1. Schnittpräparat eines Genitalgeschwürs: Bacillus crassus im Kutisgewebe außerhalb des Infiltrates

Blutkultur steril. Die Untersuchung der Erosionen des Mundes ergab keine Krassusbazillen.

Der Eiter der Geschwüre an den Genitalien sowie das Kulturmaterial wurden auf dieselbe, sowie auch auf 5 weitere Kranke mittels Skarifikation überimpft, jedoch ohne positiven Erfolg. Auch Impfversuche an den äußeren Genitalien zweier weiblicher Kaninchen blieben negativ.

Während des Aufenthaltes der Patientin in der Klinik stieg die Temperatur bis 38,6° und verblieb einige Tage auf dieser Höhe. Die Mundaffektionen heilten rasch unter leicht adstringierenden Lösungen, dagegen waren die Geschwüre an den Genitalien und der Hautausschlag hartnäckiger und traten erst im Verlaufe von 8 Wochen unter indifferenter Behandlung zurück. Im Vaginalsekret waren noch nach der Heilung Krassusbazillen feststellbar.

Die histologische Untersuchung eines Ausschnittes des Geschwürs ergab eine typische, akut verlaufende, mit intensiver Gewebseinschmelzung einhergehende Geschwürsbildung mit charakteristischen Veränderungen an den Wandungen der Blutgefäße (Lipschütz, Jadassohn, Handb. d. Geschlechtskrkh., Bd. 21). In gefärbten Schnitten fanden sich neben spärlichen Staphylokokken auch Krassusbazillen extrazellulär, teils einzeln, teils in kleinen Haufen vor. Die Bazillen waren größtenteils in den oberflächlichen Teilen der Eiterschicht gelegen, waren jedoch auch außerhalb der Infiltratszone im Kutisgewebe, und zwar in der Papillar- und Subpapillarschicht extrazellulär teils einzeln, teils in Ketten und auch intrazellulär

Digitized by Google

feststellbar (Abb. 1). Die Bazillen waren in infiltratlosen Geweben, in der Umgebung der Gefäße sowie auch in gefäßlosen Partien der Kutis zu finden. Lipschütz betont, daß die Krassusbazillen sich mehr in oberflächlichen Schichten des Geschwürs befinden, und im eigentlichen Infiltrat nicht enthalten sind. Nach seiner Ansicht soll das Auftreten des mächtigen Infiltrats durch eine Fernwirkung des in die Tiefe des Gewebes diffundierenden Toxins erklärt werden. In unseren Präparaten konnten jedoch Krassusbazillen auch unterhalb des Infiltrates festgestellt werden, was zur Annahme berechtigt, daß die Bakterien auch unbehindert durch das Infiltrat in die Kutis und die gefäßreiche Subkutis vordringen können.

Die histologische Untersuchung eines exzidierten Hautknotens zeigte Veränderungen größtenteils im Bereiche des Follikels (Abb. 2). In dessen unteren Partien, im Papillar- und Subpapillargewebe befand sich ein mächtiges Infiltrat aus polynukleären Leukozyten, spärlichen Lymphozyten und Mastzellen sowie auch aus spindelförmigen Bindegewebszellen bestehend. Die arteriellen und venösen Blutgefäße sind erweitert, die Venen mit weißen Blutkörperchen gefüllt. Die Gefäßwand zeigt eine geringfügige Proliferation der Intima mit Schwellung der Endothelien. Die perivaskulären Infiltrate reichen bis zur subpapillären Schicht. Die kollagenen Bindegewebsfasern sind auseinander gedrängt, die elastischen im Bereiche des Infiltrates zerstört. Die untere Follikelwandung ist zerstört, an der Spitze der Follikelmündung befindet sich eine Abhebung des Epithels mit zahlreichen Leukozyten, Leukozytenkörpern und Bakterien (Staphylokokken) ausgefüllt. Krassusbazillen negativ. Das Epithel in der Umgebung war ödematös erweitert, die Granulärschicht verschwunden, in den oberen Schichten war eine Parakeratose feststellbar.

Abb. 2. Schnittpräparat eines Hautknötchens mit zentral gelegenen Infiltraten

In beiden von uns beobachteten Fällen stellte man bei jungen Weibern — Virgines intactae — Geschwüre an den Genitalien vom Typus Ulcus vulvae acutum Lipschütz fest. Außerdem wiesen beide Fälle eine Affektion der Mundschleimhaut auf, welche wir übrigens als zufällige Komplikation (Aphthen) betrachten. Bei beiden Kranken war auch ein knötchenförmiger und pustulöser Hautausschlag feststellbar.

Aus der früheren Literatur sind uns Fälle von Genitalgeschwüren bei Frauen und Mädchen mit gleichzeitigen Affektionen an der Mund-

Digitized by Google

schleimhaut sowie Hauterscheinungen in Gestalt von Erythema exsudativum multiforme und nodosum bekannt. Die Ätiologie dieser Veränderungen war unbekannt. Das Auftreten von aphtösen Munderkrankungen im Verlaufe von Ulcus vulvae acutum beobachtete Lipschütz.

Planner und Romanowsky sahen bei einem jungen Weibe eine aphthenähnliche Erkrankung der Mundschleimhaut, Ulzerationen an den Genitalien, ein makulo-papulöses Exanthem der Haut des Rumpfes und eine beiderseitige Iritis. Die Untersuchung auf Bacillus crassus fiel negativ aus. Die Verfasser betrachteten ihren Fall als typische Aphthosis vulvae et vaginae, welche außerdem den Befund eines makulösen und pustulösen Exanthems aufwies.

Als neuartige, noch nicht beschriebene Erscheinung trat die beiderseitige Iritis hinzu, welche infolge ihres gleichzeitigen Auftretens mit dem Exanthem des Stammes und Abklingens mit den übrigen Erscheinungen zweifellos in Zusammenhang mit der Krankheit gebracht werden mußte.

Im Falle von Carol und Charlotte Ruys war außer Ulzerationen an den Genitalien mit positivem Krassusbazillenbefund und aphthösen Veränderungen der Mundschleimhaut auch ein papulo-vesikulöses Exanthem an umschriebenen Stellen, an den Ellenbogen und an den großen Trochanteren feststellbar. Dazu gesellte sich eine Schwellung der Gelenke. Die Krankheit dauerte 8 Monate bei normaler Körpertemperatur.

Serologische Versuche einer Komplementbindung des Serums des Kranken mit Krassusbazillen fielen negativ aus. Auch Agglutinationsversuche mißlangen infolge Autoagglutination des Krassusbazillus.

Kumer erwähnt 2 Fälle mit Veränderungen der Mundschleimhaut und der Vulva. In einem dieser Fälle trat ein makulöses Hautexanthem und außerdem Erythema-nodosum-ähnliche Hautveränderungen auf. Die Untersuchung auf Krassusbazillen im Munde fielen negativ aus, dagegen fand sich derselbe in großer Anzahl in den Genitalgeschwüren. Histologisch zeigten die Erythemknötchen und die Ulzerationen an den Genitalien identische Struktur.

Kumer ist der Ansicht, daß beide Veränderungen durch denselben pathogenen Faktor hervorgerufen sind. Diese Vermutung würde durch das Ergebnis der bakteriologischen Untersuchung Šameks und Fischers in einem Falle von Ulcus vulvae acutum mit gleichzeitig bestehenden Erythema-nodosum-Erscheinungen bestätigt werden. In beiden Veränderungen stellten Verff. die Anwesenheit des Krassusbazillus fest. Ein Teil des exzidierten Knotens wurde mit der Schnittfläche auf eine Ascitesagarplatte aufgestrichen. Nach 24 Stunden konnte man kleine, trübe Kolonien feststellen, deren mikroskopische Untersuchung Krassusbazillen in Reinkultur ergab. Die gelungene Blutkultur sowie die Kultur aus den oberen Schichten der Geschwüre ergab ebenfalls Krassusbazillen. Alle drei Krassusbazillen vom Genitalgeschwüre, Erythemknoten und Blut waren identisch. Die histologische Untersuchung des exzidierten Knotens ergab das für Erythema nodosum typische Bild. Im nach Gram gefärbten Schnitt waren an mehreren Stellen Krassusbazillen feststellbar, und zwar mitten im Gewebe in reaktionsloser Umgebung, ohne Beziehung zu den Gefäßen. Im eigentlichen Infiltrat lagen keine Bakterien. Auf diese Weise wurde

Digitized by Google

zum erstenmal der pathogene Zusammenhang des Ulcus vulvae acutum mit Erythema nodosum bewiesen.

Die in unseren 2 Fällen beschriebenen Affektionen der Mundhöhle sind wahrscheinlich wirkliche Aphthen, ohne engeren ätiologischen Zusammenhang mit den durch den Krassusbazillen hervorgerufenen Erscheinungen. Mehrmals wiederholte mikroskopische Untersuchungen sowie Kulturversuche fielen negativ aus. Sie traten im ersten Falle viel früher als die Genitalgeschwüre auf. In unserem zweiten Falle traten bei der erstmaligen Erkrankung keine Erscheinungen von seiten der Mundschleimhaut auf, sie zeigten sich erst bei der $2^1/_2$ Jahre später eingetretenen wiederholten Erkrankung.

Das papulo-pustulöse Hautexanthem, welches fast gleichzeitig mit den Genitalgeschwüren in beiden Fällen auftrat, ist als ein Krankheitssymptom, welches mit der eigentlichen Erkrankung in kausalem Zusammenhang steht, zu betrachten. Es entsteht infolge Disseminierung der Bakterien auf dem Blutwege und ihrer zeitweisen Ansiedlung in der Haut sowie durch Toxinwirkung. Die Möglichkeit hämatogener Metastasen wurde von Šamek und Fischer in einwandfreier Weise festgestellt.

Die histologische Untersuchung der Geschwüre ergab die Anwesenheit der Krassusbazillen nicht nur in den oberflächlichen Schichten, aber auch in der eigentlichen, gefäßführenden Haut weit vom Infiltrat, was die Annahme zuläßt, daß die Bakterien in den Kreislauf gelangen und exanthematöse Erscheinungen fern vom Krankheitsherd hervorrufen können. Die histologische Untersuchung des Knötchens ergab in unseren Fällen zwar keine Krassusbazillen, die Kulturproben aus dem Blute fielen ebenfalls negativ aus, wir fühlen uns doch zur Annahme berechtigt, daß es infolge der Abwehrkräfte des Organismus und Änderung des Bodens zu einer schnellen Abtötung der Bakterien kam, und die Hautveränderungen durch die freigewordenen Toxine hervorgerufen resp. unterhalten wurden. Ebenfalls kann angenommen werden, daß die Probeexzisionen zu spät vorgenommen wurden, um die Bakterien in den Knötchen nachweisen zu können.

Das Ulcus vulvae acutum ist also eine durch den Bacillus crassus hervorgerufene nicht nur lokale Erkrankung, sondern es kann infolge Disseminierung der Bakterien auf dem Blutwege zu einer Allgemeinerkrankung kommen.

Literatur

Lipschütz, Ulcus vulvae acutum im Handb. d. Haut- u. Geschlechtskrkh. Herausgegeben von J. Jadassohn, Bd. 21. — Carol u. Charlotte Roys, Act. derm.-venereol., 1928, Bd. 9. — Glaubersohn, Derm. W., 1929. — Kumer, Zbl. f. Hautkrkh., Bd. 31. — Monacelli, Ann. des mal. vénér., 22. — Roederer u. Sloimovici, Bull. de la soc. de derm., 1928. — Šamek u. Fischer, Arch. f. Derm., 1929, Bd. 158.

Digitized by Google

Aus der Klinik für Haut- und Geschlechtskrankeiten der Reichs-Universität zu Utrecht
(Vorstand: Prof. Dr. Th. M. VAN LEEUWEN)

Atrophodermia vermicularis der Backen

Von

Dr. J. J. ZOON, Oberarzt

Mit 4 Abbildungen im Text

In der 82. Tagung des niederländischen Dermatologen-Vereins wurde von mir ein Patient mit der oben erwähnten Hautkrankheit demonstriert (Ned. Tijdschr. v. Geneesk., 1929, S. 3324; Zbl. f. Haut- u. Geschlechtskrkh. Bd. 32, S. 350). Die Diagnose war gestellt worden auf Grund des makroskopischen Aspektes; jetzt bin ich imstande, auch die mikroskopischen Veränderungen mitzuteilen.

Abb. 1. Makroskopischer Aspekt

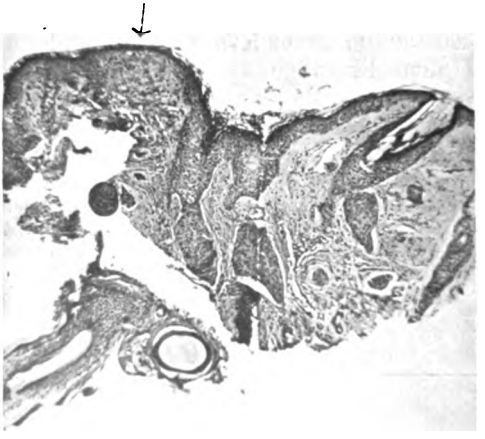


Abb. 2. Übersichtsbild. Vergr. 40mal

10jähr. Knabe. Die Haut der Backen und die von einer Stelle rechts auf der Stirn hat eine unregelmäßige und höckerige Oberfläche. Man sieht zahlreiche punktförmige Einsenkungen, höchstens stecknadelkopfgroß und auch Vertiefungen in der Form von 3—5 mm langen, schmalen Grübchen. Die Einsenkungen sind kaum 1 mm tief; sie sind voneinander getrennt durch ein Netzwerk, das den Eindruck macht, etwas erhaben zu sein, bei näherer Betrachtung jedoch im Niveau der umgebenden normalen Haut liegt (Abb. 1). Am Rande ist die Hautfarbe ein wenig röter als normal; beim Erröten wird diese Hyperämie deutlicher, jedoch kann man von einem Erythem nicht reden. Bei der Inspektion sieht man auf beiden Backen einige schwarze Punkte, die Folgen des in den Follikeln vorhandenen Hornstoffs. Beim Betasten ist die Haut leicht verdickt, läßt sich nicht in feinen Falten aufheben. Die Hautveränderung besteht $1^1/_2$ Jahre. Im Anfang bestanden ganz kleine Stellen, welche sich allmählich ausgebreitet haben. Nie Jucken oder Schmerz.

Innere Organe o. B., WR — Reaktion von PIRQUET mit humanem und bovinem Tuberkulin ebenfalls.

Digitized by Google

Die Zahl der roten und weißen Blutkörperchen sowie das Blutbild sind normal. In der Familie leidet niemand an derselben Krankheit (wie im Fall Mendes da Costas. Ned. Tijdschr. v. Geneesk., 1926, S. 1587; Zbl. f. Haut- u. Geschlechtskrkh., Bd. 22, S. 216).

Der makroskopische Aspekt stimmt überein mit der Beschreibung von Darier (Bull. de la soc. franç. de derm. et de syph., 1920). In seinem Falle bestand keine Rötung. Von diesem Symptom berichtet Pautrier (Bull. de la soc. franç. de derm. et de syph., 1922). Dieser ist der Meinung (Bull., 1924: Erythrose faciale atrophiante), daß die Krankheit in der Jugend anfange mit roten Flecken, die später — gegen das Pubertätsalter — allmählich in oberflächliche Narben übergehen und wie eine Honigscheibe aussehen. Auch Mendes da Costa meint, daß die Hyperämie nur bei jugendlichen Fällen vorkomme.

Der Fall Pautriers (1922) unterscheidet sich — abgesehen von dem Vorhandensein der Hyperämie — von der Beschreibung Dariers durch das Fehlen der follikulären Keratose (Pseudokomedonen). Auf Grund des makroskopischen Bildes stellt Pautrier bei seinem Patienten doch die Diagnose: Atrophodermia vermicularis. Brocq sprach von Acné vermoulante.

Mein histologischer Befund stimmt auch mit Dariers Beschreibung überein.

Übersichtsbild (Abb. 2): Die Epidermis ist nicht überall gleich dick, an einigen Stellen ist sie bis auf wenige Zellschichten reduziert. Dort sieht man in der Kutis einen runden Gewebsknoten (Abb. 2 u. 3). Es macht den Eindruck, daß die Epidermis an dieser Stelle zur Seite gedrückt wird. Übrigens sehen die Epidermiszellen normal aus; es besteht geringe Hyperkeratose. Es zeigt sich auch, daß dieses Knötchen (rot mit Färbung nach van Gieson) aus elastischem Gewebe zusammengesetzt ist (Färbung mit Resorzin-Fuchsin nach Weigert, Abb. 4). Die groben elastischen Fasern sind so dicht durcheinandergewebt, daß das Knötchen, gefärbt mit Resorzin-Fuchsin, wie eine schwarze Masse aussieht. Man würde von subepidermalen Elastomen sprechen können. In der Umgebung dieser Elastome und um die Follikel ist dagegen das elastische Gewebe nicht oder in sehr geringer Quantität vorhanden. Im Übersichtsbild sieht man Follikel, die deutlich mit Hornstoff gefüllt sind (Abb. 2). Das sind die Hornpfröpfe, die an der Oberfläche als schwarze Punkte zu sehen

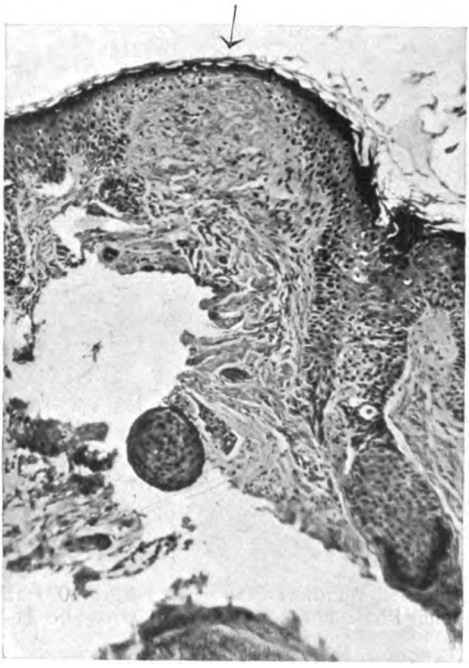


Abb. 3. v. Gieson-Präparat. Vergr. 100 mal. Beim Pfeil: roter Gewebsknoten

Digitized by Google

und als Pseudokomedonen bekannt sind. Sie unterscheiden sich von echten Komedonen durch ihre Zusammensetzung (kein Talg) und dadurch, daß sie festsitzen. Die Pseudokomedonen sind im Falle DARIERS vorhanden, fehlen aber im Falle PAUTRIERS. Haare, wie man sie bei der Keratosis follicularis in aufgerolltem Zustande antrifft, sah ich nicht. In der Tiefe liegt eine mit Hornstoff gefüllte Zyste, mit Follikelepithel bekleidet (Abb. 1). Auch DARIER und MENDES DA COSTA berichten über von den Follikeln herstammende Zysten. Talgdrüsen fehlen; DARIER sah sie in schlecht entwickeltem Zustande.

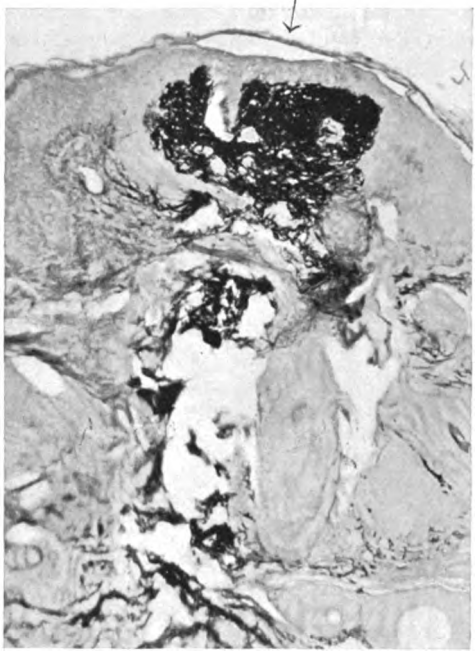


Abb. 4. WEIGERT-Präparat. Vergr. 100mal. Beim Pfeil: aus elastischem Gewebe bestehende Gewebsknoten

Zusammenfassend bestehen die histologischen Veränderungen aus:

1. ausgesprochenen Veränderungen an den Follikeln (Deformation, Zystenbildung und ostio-follikuläre Keratose) und ihrer Umgebung (Fehlen von normalem elastischem Gewebe).

2. Veränderungen von elastischem Gewebe in der Kutis (Elastombildung).

DARIER meint, daß diese Veränderungen wohl immer nebeneinander vorkommen. Er wagt es nicht festzustellen, welche Veränderung als primär betrachtet werden muß. Auch das Studium von meinen Schnitten kann m. E. über die Frage der Pathogenese nichts Neues bringen.

Alte und neue Anwendungsmöglichkeiten der deutschen Kamille in der dermatologischen und urologischen Praxis

Von

Dr. med. H. J. ISAR in München

Seit Jahrhunderten wird die Kamille als wohltätige Arzneipflanze im Volke hochgeschätzt. Die getrockneten Blütenköpfchen derselben finden als Hausmittel vielfache Verwendung, z. B. beim Brechdurchfall der Säuglinge, beim Magen- und Darmkatarrh Erwachsener und Kinder, zu Umschlägen bei Hautentzündungen, Geschwüren, Furunkeln, Panaritien; zum Schweißtreiben bei fieberhafter Erkältung sowie zu Einläufen. Auch findet man öfter ihre Anwendung bei Dysmenorrhoe und anderen schmerzhaften Affektionen der Gebärmutter sowie bei Gallenblasen-, Darm- und Magenkoliken.

Das wirksame Prinzip bei der Kamille ist ein ätherisches Öl, dessen Wirkung in Zusammenhang mit anderen ätherischen Ölen auf den Organismus als von einem

Digitized by Google

ersten von dem verstorbenen Pharmakologen Binz in Bonn wissenschaftlich erforscht worden ist. Binz zeigte im Tierexperiment die krampfstillende und anästhesierende Wirkung der ätherischen Öle, ferner wurde in vitro sowohl wie im Tierexperiment beim Warmblütler die desinfizierende Wirkung nachgewiesen. Ebenso wissen wir aus den Versuchen von Binz und Grisar, daß durch Verabfolgung des ätherischen Pflanzenöls per os die Vermehrung der Leukozyten im Blute bis aufs Dreifache gesteigert werden kann. Die magensaftfördernde und verdauungsanregende Wirkung wird ebenfalls von Binz erwähnt, ganz besonders hebt er jedoch die sekretions- und eiterbeschränkende Wirkung bei Entzündungen der Schleimhäute hervor (vgl. C. Binz, Grundzüge der Arzneimittel-Lehre, Berlin 1912).

In den beiden von der Chemisch-Pharmazeutischen A.-G. Bad-Homburg in den Handel gebrachten Präparaten „Kamillosan" und „Kamillosept" werden dem Praktiker zwei Kamillenpräparate an die Hand gegeben, die vor den bisherigen volkstümlich benutzten Präparaten den Vorzug besitzen, daß sie pharmakologisch nachgeprüft sind und genau dosierbar sind. Über die in der Praxis damit gemachten Erfahrungen das Folgende:

Bei den irritativen Formen des akuten Ekzems stellte es sich heraus, daß das Kamillosan in entsprechender Verdünnung mit Wasser bei den stark reizbaren Formen des nässenden Ekzems von hohem Werte ist. Die Umschläge hatten den Erfolg, daß bereits nach 24 Stunden die starke Rötung zu weichen begann, das Ödem zurückging, im Verlaufe von einigen weiteren Tagen das so unangenehme und die Patienten so erschreckende Nässen aufhörte und Hand in Hand damit auch der quälende Juckreiz abklang. Nach 3—4 Tagen kann man dann meistens zu der üblichen Weiterbehandlung mit Schüttelmixturen, Pasten und Salben übergehen. Für diese akutesten Formen des Ekzems verdienen die Kamillosan-Umschläge vor anderen Mitteln, wie z. B. der essigsauren Tonerde, Zink- oder Resorcinlösung den Vorzug.

Außer bei akutem Ekzem leisteten die Kamillosan-Kompressen gute Dienste bei zahlreichen anderen Erkrankungen der Haut, wie sie nicht nur der Chirurg, sondern auch der Dermatologe täglich zu sehen bekommt, so z. B. bei der Nachbehandlung von bereits inzidierten Panaritien, Drüsenabszessen sowie bei akut entzündlichen Hautschwellungen infektiöser Natur, ferner bei der Behandlung von kleinen Furunkeln. Unter heißen, mit Kamillosan getränkten Kompressen gelangten die harten Infiltrate schnell zur Einschmelzung. Die Nekrose demarkiert sich bald, und nach Abstoßung derselben gelangt der sich unter Kompressenbehandlung schnell reinigende Substanzverlust alsbald zur Überhäutung.

Auch ist das Kamillosan zu Scheidenspülungen sowohl beim Fluor albus sowie bei gonorrhoischem Fluor wohl brauchbar. Das Präparat wird von den Patienten gern genommen, und man kann es ihnen um so eher an die Hand geben, als tatsächlich ein Schaden mit dem Mittel nicht angerichtet werden kann, was bekanntlich von manch anderem Scheidenspülmittel nicht behauptet werden kann; so sind mir in der Praxis des öfteren Vaginitiden chemischen Ursprungs mit Desquamation der Vaginalepithelschichten und Abstoßung des Portioepithels in dicker mazerierter Lage vorgekommen. Dies war bei Kamillosan niemals der Fall. Selbstverständlich kann die Kamillosanspülung bei der Behandlung des Fluor albus sowie der Gonorrhoe nur als Adjuvans in Frage kommen, eben als leicht desinfizierendes, adstringierendes und nicht reizendes Spülmittel.

Dadurch, daß das Kamillosan auch zur Herstellung von Kamillosanbolus verwendet wird, wird die Auswahl der zur Behandlung des nichtgonorrhoischen Fluors zur Verfügung stehenden Mittel um eins vermehrt. Das Behandlungsergebnis bei mit Kamillosanbolus behandelten Fluor-Patientinnen war gleich günstig wie bei mit anderen indifferenten Bolussorten behandelten Patientinnen.

Bei der Behandlung der akuten gonorrhoischen Adnexitis wurden in einer Anzahl von Fällen zur Unterstützung der Behandlung Kamillosanvaginalkugeln angewandt in der gleichen Weise, wie man bei der akuten Adnexerkrankung ja auch öfters schieferöligaltige Vaginalkugeln anwendet. Unter Bettruhe, heißen, feuchten Kompressen und Kamillosanvaginalkugeln gingen die entzündlichen Infiltrate, Fieber und Schmerzen schnell zurück. Inwieweit die gute Wirkung auf das Kamillosan allein zurückzuführen ist und inwieweit auf die anderen therapeutischen Maßnahmen, ist schwer zu sagen, in der Praxis führen eben oft mehrere Maßnahmen gemeinsam zum Ziel.

Auch bei der Gonorrhoe der männlichen Harnröhre erwies sich das Kamillosan als ein recht brauchbares Präparat. Bekanntlich gibt es zahlreiche Gonorrhoekranke, bei denen von vornherein die Gonorrhoe einen bösartigen Eindruck macht, Fälle, die mit

Digitized by Google

Ectropium urethrae, ödematöser Schwellung des Präputiums und Frenulums einhergehen und sofort mit profusem Fluor einsetzen. Bekanntlich ist in diesen Fällen in den ersten Tagen eine Einspritzungsbehandlung mit Tripperspritze kontraindiziert, daher ließ ich die Patienten zu Bett liegen und behandelte das in diesen Fällen im ganzen geschwollene und schmerzhafte Glied mit Kamillosan-Kompressen. Nach einigen Tagen beobachtete man dann den Nachlaß der Sekretion, das Ectropium urethrae und das Ödem der Glans ging zurück; die paraurethralen Lymphknötchen, die meistens bei diesen heftigen Formen angeschwollen sind, schwellen ab, die Schmerzhaftigkeit wird geringer, der profuse Ausfluß läßt nach, und nach 3—4 Tagen kann man ohne Bedenken zur Einspritzungsbehandlung übergehen.

Es war natürlich naheliegend ein Präparat, dessen eiterlösende, sekretionsbeschränkende, anästhesierende und desinfizierende Wirkung bekannt ist, auch zur Einspritzungsbehandlung der männlichen Harnröhre heranzuziehen.

Die in dieser Richtung angestellten Versuche gaben ein interessantes Resultat: Zunächst wurden die Versuche so angestellt, daß gleiche Teile Kamillosan mit Wasser verdünnt zur Einspritzung gelangten. Diese Art der Behandlung erwies sich als ungeeignet; es stellte sich heraus, daß die Einspritzungen eher den Ausfluß verstärkten und auf die Gonokokken nicht einwirkten. Auch klagten die Patienten über Brennen während der Einspritzung. Es deckt sich diese Beobachtung durchaus mit den von Binz gemachten Erfahrungen, wonach nämlich die Wirkung der ätherischen Öle je nach der Gabe sich ändert, so daß sie bei zu hoher Konzentration eher lokal reizend wirken können. Demgemäß ging ich mit der Verdünnung stark herab und benutzte zur Einspritzungsbehandlung der vorderen Harnröhre eine Lösung, die einen Teil Kamillosan und neun Teile Wasser enthielt. Hierbei gelangte ich zu wesentlich anderen Resultaten. Eine Reizwirkung trat nicht mehr ein. Über Brennen bei den Einspritzungen wurde nicht mehr geklagt. Die Sekretion ging im Laufe von etwa 8 Tagen allmählich zurück. Mit dem Nachlassen des Ausflusses wurden auch die Gonokokken im mikroskopischen Gesichtsfeld an Zahl weniger und etwa 8—14 Tage nach Beginn der Behandlung zerfallene Leukozyten sichtbar, eine Erscheinung, die als Einleitung der Heilung dem Praktiker bekannt ist.

Leider ließen sich die Versuche in größerem Ausmaße nicht durchführen, da der Vergleich mit den Adstringentien und Silbersalzen zugunsten der letzteren ausfällt. Namentlich in bezug auf das schnelle Nachlassen der Sekretion sind die Adstringentien überlegen, und der Praktiker, dem es um schnelle Entlassung seiner Patienten zu tun sein muß, hat von den in Betracht kommenden Mitteln dasjenige zu wählen, das am schnellsten zum Ziele führt.

Immerhin besteht die Möglichkeit der Einwirkung mit Kamillosanspülungen auf die männliche Harnröhre, und so dürften namentlich an klinischem Material — speziell in Fällen mit stärkeren Entzündungserscheinungen — weitere Beobachtungen am Platze sein.

Das Kamillosept, ebenfalls ein von der Chemisch-Pharmazeutischen A.-G. in Bad Homburg hergestelltes Kamillen-Präparat, enthält auf 1 g Substanz nach Angabe der Herstellerfirma 0.01 g ätherisches Kamillenöl, 0,25 g Salizylsäurephenylester, der Rest ist neutrales Öl. Dasselbe ist von leicht dunkelgrüner Farbe und besitzt den stark aromatischen Geruch des Kamillenöls.

Auch diese neue Droge war in bezug auf ihre Wirksamkeit bei den verschiedenartigen Erkrankungen des Harnapparates zu prüfen. Ich verabfolge dasselbe bei akuter Gonorrhoe als Tropfen per os, ähnlich wie man das Sandelholzöl verwendet. Das Präparat wird gern genommen und dem schlecht schmeckenden Sandelholzöl, das zudem recht öfter Magenschmerzen hervorruft und durch stark riechenden Atem verräterisch wirken kann, vorgezogen. Als Wirkung beobachtete ich eine leichte Steigerung der Diurese, der gelassene Urin war dünn und hell. Bei adstringierender Lokalbehandlung wurde die erste Urinportion schnell klar, und die zweite, sofern sie bei Beginn der Behandlung leicht getrübt war, klärte sich ebenfalls. Ich bin geneigt, das schnelle Klarwerden der zweiten Urinportion auf die Wirkung des Kamillosepts zurückzuführen. Auch sah ich bei der Verordnung des Kamillosepts per os, wenn die zweite Urinportion bei Beginn der Behandlung klar war, nie eine Trübung der zweiten Urinportion, so daß ich es dazu übergegangen bin, bei Fällen mit starkem Fluor, bei denen eine Trübung der zweiten Urinportion zu befürchten ist, das Kamillosept prophylaktisch zu geben.

Über die Verwendung des Kamillosepts als parenterales Injektionsmittel liegt bereits eine ausführliche Arbeit von Hugo Müller, Mainz und Lilly Schreiber vor (Derm. W. 1929, Nr. 20).

Digitized by Google

Ich kann auf Grund meiner eigenen Beobachtungen das Ergebnis der Müller-Schreiberschen Arbeit nur bestätigen. Auffallend war auch bei meinen Beobachtungen bei der gonorrhoischen Urethrocystis posterior, daß bereits nach einigen Einspritzungen — ich nahm dieselben täglich vor — das Nachlassen der quälenden Harntenesmen sowie das Aufhören der den Patienten so erschreckenden Blutungen festgestellt werden konnte.

Ferner wurde auch von mir in mehreren Fällen bei perakuter Urethritis anterior auf die intramuskulären Kamillosept-Injektionen baldiger Rückgang der Schwellung und Schmerzhaftigkeit sowie leichtes Nachlassen der Eiterung beobachtet.

Auch bei nichtgonorrhoischer akuter Zystitis war die gute Wirkung des Kamillosepts auffallend. Ich hatte im Laufe eines halben Jahres Gelegenheit, 5 Zystitiskranke mit Kamillosept zu behandeln. Bei 3 von den 5 genannten Patienten ging die Erkrankung mit Fieber und Tenesmen einher. Bei täglicher Einspritzung von 1 ccm Kamillosept erfolgte in 4—5 Tagen Entfieberung und Nachlassen der schmerzhaften Tenesmen unter allmählicher Aufhellung des Urins. In diesen 3 Fällen sowie in den beiden anderen erfolgte in etwa 14 Tagen die völlige Aufhellung des Urins, ohne daß es notwendig geworden wäre, zu den üblichen Harndesinfizientien und Spülungen Zuflucht zu nehmen. Gewiß liegt die gute Wirkung zum Teil in der desinfizierenden Kraft des ätherischen Kamillenöls, jedoch dürfte die Wirkung auch zum anderen Teile auf die Salizylsäurephenylester-Komponente zurückzuführen sein (vgl. Nipperdey, D. m. W., 1929, Nr. 10).

Somit sehen wir in dem Kamillosept und Kamillosan zwei alte und doch neuartige Präparate, deren vielseitige Verwendungsmöglichkeit und gute Wirkung ohne schädigende Nebenwirkung sie recht geeignet machen, in dem Arzneischatz des Dermatologen und Urologen Aufnahme zu finden.

Aus der Klinik für Haut- und Geschlechtskrankheiten der kgl. ung. Franz-Josef-Universität in Szeged (Ungarn) (Direktor: Prof. Dr. F. v. Poór)

Hat die Zahl der syphilitischen Infektionen in Ungarn abgenommen?

Von

Doz. Dr. K. v. Berde, Adjunkt der Klinik

Seit den ersten Jahren des Weltkrieges schwankt die Zahl der syphilitischen Infektionen mit einer auffallenden Gleichmäßigkeit in allen Staaten Europas. An Stelle der anfangs verhältnismäßig geringen Zahlen treten seit dem Jahre 1917 sowohl bei den kriegführenden als auch bei den neutralen Ländern hohe Werte auf. Um das Jahr 1920 erreichen diese eine Kulmination, um dann ungefähr bis 1925 auf die geringeren Werte vor dem Kriege zu sinken. Diese fast gesetzmäßige Erscheinung betrifft aber bloß die Zivilbevölkerung, die diesbezüglichen Zahlenwerte bei den Armeen zeigten entweder gar keine Schwankungen, oder aber diese richteten sich auch bei Truppen desselben Staates je nach dem Operationsgebiet.

Diese hier erwähnten Schwankungen in der Häufigkeit der syphilitischen Infektionen sind sowohl an den Aufzeichnungen der praktischen Ärzte als auch an großen Statistiken zu erkennen. Beide sind allerdings mangelhaft, so daß sie die tatsächlichen Verhältnisse nicht einwandfrei wiedergeben. Die Fehlerquellen sind dem Fachmann allgemein bekannt, es erübrigt sich hier bloß darauf hinzuweisen, daß auch zur Erreichung bloß relativer Werte nur jene Statistiken zu verwerten sind, die auf einer sich auf ein ganzes Land beziehenden allgemeinen Anzeigepflicht beruhen. Außer diesen sind höchstens noch die Angaben eines geschlossenen Kreises (Truppenkörper, Krankenkasse) zu verwerten.

Was die Verhältnisse in Ungarn anbelangt, stehen uns heute leider bloß vereinzelte bzw. regionäre Statistiken, die von einzelnen Ärzten bzw. Instituten aufgestellt wurden, zur Verfügung, da die Ergebnisse der im Jahre 1928 eingeführten allgemeinen, für jeden Arzt und jede Heilanstalt geltenden Anzeigepflicht noch nicht verarbeitet sind. Da diese Mitteilung sich jedoch bloß mit den frischen Infektionen befassen will, glaube ich die gestellte Aufgabe trotz der mangelhaften Statistiken leichter lösen zu können, als wenn es sich um die Häufigkeit der Geschlechtskrank-

Digitized by Google

heiten überhaupt handelte. Es liegt in der psychischen Einstellung der Geschlechtskranken und in der Natur der Geschlechtskrankheiten, daß wir ein annähernd richtigeres Bild der wirklichen Verhältnisse erhalten, wenn wir in erster Linie die frischen bzw. die im primären und sekundären Stadium befindlichen Fälle registrieren.

Aus den mir zur Verfügung stehenden Angaben geht hervor, daß die während der letzten eineinhalb Jahrzehnte in ganz Europa bemerkbaren Schwankungen auch in Ungarn zu verzeichnen sind. Das sprunghafte Aufschnellen der Zahl der frischen Fälle in den letzten Kriegsjahren — wie erwähnt, bei der Zivilbevölkerung — ist aus den Statistiken der unter dem Vorsitze von NEKAM arbeitenden Kommission sowie aus der Zusammenstellung von GYÖRGY, welcher das Krankenmaterial der Budapester Universitätshautklinik der Jahre 1898 bis 1928 sichtete, zu ersehen. Um die Mitte dieses Jahrzehntes konnte jedoch jeder praktische Venereologe die Beobachtung machen, daß die Zahl der frischen Syphilisfälle von Jahr zu Jahr abnimmt, was von GUSZMAN am Krankenhausmaterial, von CSILLAG am Kassenmaterial bestätigt wurde. Nach der Statistik von GYÖRGY beliefen sich die Fälle von hartem Schanker im Jahre 1919 auf 4,73% und zeigen im Jahre 1925 einen Tiefpunkt von bloß 0,76%.

An unserer Klinik, die seit dem Herbst 1921 in Szeged etabliert ist, waren in bezug auf die Häufigkeit der frischen Syphilisfälle in den ersten drei Jahren keine Schwankungen zu beobachten. Im Verhältnis zu der Zahl der gesamten Kranken konnte eine sinkende Tendenz beobachtet werden. Im Jahre 1925 trat sowohl in der absoluten als auch relativen Zahl der frischen Syphilisfälle ein auffallender Sturz ein: von 116 auf 85 bzw. von 6% auf 3,8% sämtlicher Kranken des Jahres. Die Abnahme der frischen Fälle nahm im folgenden Jahre weiter zu, die relative Zahl sank auf 3,2%, womit sie ihren Tiefpunkt erreichte. Zu dieser Zeit ließen wir auch eine Antwort in diesem Sinne auf die von JADASSOHN ausgehende Umfrage ergehen, enthielten uns aber weiterer Schlußfolgerungen. Es zeigte sich alsbald, daß unsere Vorsicht berechtigt war, denn in den folgenden zwei Jahren erlebten wir einen unerwartet starken Anstieg der Zahl der frischen Fälle. Im Jahre 1928 belief sich die absolute Zahl dieser auf 134, die relative auf 5%, obwohl gerade zu dieser Zeit die Grenzen der Krankenversicherung erweitert, eine andere Heilanstalt in derselben Stadt neu eingerichtet wurde und die Zahl der Fachärzte starken Zuwachs erfuhr. Wir dürfen daher sagen, daß wir — auf das Krankenmaterial unserer Klinik bezogen — am Anfang einer neuen Epidemiewelle stehen, um so mehr, da Beobachtungen der ersten Hälfte dieses Jahres (1929) ebenfalls dafür sprechen. Mit dieser Beobachtung stehen wir aber — in Ungarn — nicht vereinzelt da, denn als ich bei der letzten Tagung der Ungarischen Dermatologischen Gesellschaft auf diese Zunahme aufmerksam machte, teilten mir mehrere Fachärzte von Budapest und BECK (Vorst. d. Univ.-Hautklinik in Pécs) mit, daß sie an ihrem Krankenmaterial dieselbe Beobachtung machen konnten. Zu erwähnen ist noch, daß die Statistik von GYÖRGY in den Jahren 1926 und 1927 eine stete Zunahme der Primäraffekte erkennen läßt, während bei dem Krankenmaterial von STEIGER-KAZAL keine Schwankungen beobachtet wurden.

Durften wir früher auf Grund der Aufzeichnungen der praktischen Ärzte sowie der sporadischen — nicht allgemeinen und nicht systematischen — Statistiken einzelner Institute usw. trotz ihrer Mängel darauf schließen, daß die Zahl der frischen Syphilisfälle in Ungarn im Abnehmen begriffen war, so war auch später (in den Jahren 1927 und 1928) aus unseren Beobachtungen ein Schluß auf die allgemeinen Verhältnisse des Landes erlaubt. Wir dürfen also annehmen, daß gegenwärtig die Zahl der frischen Fälle in Ungarn eine Steigerung zeigt. Wie auch aus zahlreichen ausländischen Mitteilungen hervorgeht, ist die Zunahme der frischen Syphilis keineswegs eine auf Ungarn lokalisierte Erscheinung. Dieselbe Zunahme in den besagten Jahren wurde auch von VOIGT (Nürnberg), HOFFMANN (Frankfurt a. M.), SICARD DE PLAUZOLES (Paris und Nancy) beobachtet. DÜRING sagt im Jahre 1927, daß Europa scheinbar vor einer neuen Epidemiewelle stehe, und auch DOROS spricht im Jahre 1927 von einer Verschlechterung der Syphilisstatistik. Obwohl wir uns der Fehler der vereinzelten Statistiken der verschiedenen Heilanstalten in dem eingangs erwähnten Sinne bewußt sind, müssen wir dennoch die Beobachtungen so zahlreicher namhafter Forscher als maßgebend erachten.

Wir wollen nun zu den Erklärungsversuchen dieser Erscheinung einiges bemerken: Es schien zunächst naheliegend, die Zunahme der Syphilis in den letzten Kriegs- und ersten Nachkriegsjahren mit der allgemeinen wirtschaftlichen, psychischen

Digitized by Google

und sozialen Verschiebung dieser Jahre zu erklären. Diese Erklärung wurde aber alsbald hinfällig, denn während in den darauffolgenden Jahren eher eine noch stärkere Einwirkung der erwähnten Nachkriegsfaktoren zu erwarten gewesen wäre, trat eine Verminderung der Syphilisfälle ein. Bei der Abnahme der Syphilis zu dieser Zeit spielt vielleicht der Umstand mit, daß die Verschiebung größerer Menschenmassen aufhörte, daß sowohl für den allgemeinen Verkehr, das wirtschaftliche Leben, als auch das Familienleben, stabilere Verhältnisse eintraten. Man könnte auch an den Einfluß wirtschaftlicher Ursachen (allgemeine Depression nach der Inflationszeit) und endlich auch an die Verschiebung des männlichen Nachwuchses denken. Sicher spielen aber auch die Durchführung allgemeiner sanitärer Einrichtungen und Vorschriften, die Fortschritte auf dem Gebiete der spezifischen Therapie, die Vermehrung der Fachärzte, öffentlicher Heilanstalten, Fürsorgestellen eine große Rolle, da diese Faktoren alle dazu beitrugen, die Behandlung der Kranken gründlicher durchzuführen, was gleichzeitig die beste allgemeine Prophylaxe der Syphilis bedeutet. Wir schließen uns der Ansicht Jadassohns an, daß die allgemeinere und richtige Anwendung des Salvarsans mit dazu beitrug, die Zahl der frischen Syphilisfälle zu vermindern, obwohl wir darin bloß eine Ursache erblicken. Wenn man nämlich den Einfluß der sozialen und therapeutischen Umstände allein für die Abnahme der Syphilis verantwortlich machen will, dann findet man für zwei wichtige Erscheinungen keine befriedigende Erklärung: es ist dies die Zunahme der gonorrhoischen Infektionen gerade zu einem Zeitpunkt, wo die Zahl der syphilitischen Infektionen einen Tiefpunkt erreicht und ferner die spätere abermalige Zunahme der Syphilisfälle trotz noch stärkerer Verbreitung der Salvarsan- und Bismuttherapie und trotz Verbesserung der allgemeinen sozialen Verhältnisse. Es lassen sich also weder irgend welche sozialen Umstände zur einwandfreien Erklärung der Tatsachen herbeiziehen, denn dann müßten diese auch für die gonorrhoischen Infektionen Geltung haben, noch darf den therapeutisch-hygienischen Verhältnissen eine zu große Wichtigkeit beigemessen werden, denn dann hätte sich die in weitesten Kreisen angewendete Salvarsan- und Bismuttherapie geltend machen müssen. Es muß also mit noch einem unbekannten epidemiologischen Faktor — wie dies auch von Düring bemerkt wird — gerechnet werden, der die Schwankungen der frischen Syphilisfälle beeinflußt.

Die Forscher alter Zeiten nannten den unbekannten Faktor, welcher den stark verschiedenen Charakter der einzelnen Epidemien derselben Infektionskrankheit begründet, bekanntlich den „Genius epidemicus". Der wissenschaftlichen Forschung ist es seither bei vielen Infektionskrankheiten gelungen, das Wesen des Genius epidemicus zu finden, und es ist anzunehmen, daß es ihr auch gelingen wird nachzuweisen, warum die Zahl der syphilitischen Infektionen nicht selten gerade zu einer Zeit zunimmt, wo dies am wenigsten, oder aber gerade das Gegenteil zu erwarten wäre. Bei der Syphilis dürfte nach allen Anzeichen dieser unbekannte Faktor nicht so sehr im Krankheitserreger als vielmehr im Menschen, vielleicht in seinen Lebens- oder sozialen Verhältnissen oder etwa in von außen einwirkenden Umständen zu suchen sein. Es ist festgestellt, daß in bezug auf die Häufigkeit der frischen Syphilisfälle Schwankungen auch in früheren Zeiten beobachtet wurden (s. z. B. die norwegische Statistik). So wie die sich innerhalb von eineinhalb Jahrzehnten vor unseren Augen abspielenden Schwankungen nicht die ersten waren, werden sie allem Anscheine nach auch nicht die letzten sein, und es ist Sache der Forschung, unter Beobachtung sämtlicher in Frage kommenden Faktoren und mit Hilfe allgemeiner und möglichst verläßlicher Statistiken den wahren Grund der Schwankungen zu finden, womit ein wichtiger Schritt auf dem Gebiete der Bekämpfung der Volksseuche getan sein wird.

Literatur

Düring, Mitt. D. Ges. Geschlechtskrkh., 1925, Bd. 23, Nr. 10. — Hofmann, Edm., Zbl. f. Haut- u. Geschlechtskrkh., Bd. 19, S. 836. — Pautrier, ebenda, Bd. 20, S. 633. — Sicard de Plauzoles, ebenda, S. 636. — Voigt, M. m. W., 1925, Nr. 15. — Haustein, Jadassohns Handbuch, Bd. 22. — Csillag, Gyógyászat, 1925. — Guszman, ebenda. — György, Tagung der Ung. Dermat. Ges., 1929. — Steiger-Kazal, Budapesti Orvosi Ujság, 1929.

Digitized by Google

Referatenteil

Fachzeitschriften

Réunion Dermatologique de Lyon

Sitzung vom 23. Mai 1929

(Bull. Soc. franç. Derm., 1929, Nr. 7)

Laurent, Ch.: Un cas de „larva migrans" ou „creeping disease" (Ein Fall von „Larva migrans" oder „Creeping disease"). S. 670.

Dauerndes Fortschreiten seit 4 Monaten bei einem Kinde von 20 Monaten trotz verschiedenartiger therapeutischer Versuche.

Nicolas, J., J. Rousset u. R. Froment: Dermatite polymorphe de Duhring-Brocq à forme grave avec présence de myélocytes basophiles dans le sang et de polynucléaires basophiles dans le liquide des bulles (Schwere Form von Dermatitis herpetiformis Duhring-Brocq mit basophilen Myelozyten im Blut und basophilen Polynukleären in der Blasenflüssigkeit). S. 671.

Beginn mit erythematös-urtikarieller, stark juckender Eruption, dann Blasen, zunächst im Munde, ferner auf der von dem Erythem ergriffenen und später auch auf der gesunden Haut. Es handelt sich um den ersten schweren Ausbruch einer Dermatitis polymorpha dolorosa. Bemerkenswert ist der Nachweis von Myelozyten mit basophilen Granulationen im Blut und von Polynukleären mit gleichfalls basophilen Granulationen in der Blasenflüssigkeit, deren Abstammung von den ersteren nicht nachweisbar ist.

Nicolas, J., Ch. Pétouraud u. R. Froment: Erythrodermie novarsénobenzolique généralisée à type dysidrosique et vésiculo-pustuleux (Ausgebreitete Salvarsandermatitis von dysidrotischem und vesikulös-pustulösem Typus). S. 675.

Nachdem nach der dritten Salvarsaneinspritzung ein skarlatiniformes Exanthem innerhalb dreier Tage geschwunden war, trat ohne erneute Einspritzung 12 Tage später eine erneute Eruption auf, die jetzt zu einer schweren exfoliierenden Dermatitis, starkem Nässen, Ödem der Augenlider und Lippen, framboësieartigem Aussehen der Zunge führte. Die Erscheinungen wurden durch tägliche Einspritzungen von Natr. hyposulfid. günstig beeinflußt.

Juvin, H.: Ulcération de la langue (cas pour diagnostic) (Ulzeration der Zunge, Fall zur Diagnose). S. 678.

Beginn der Erkrankung vor 5 Monaten mit einer Schwellung in der Mitte des Zungenrückens, aus der sich dann ein Geschwür entwickelte; dieses zeigt eine leicht infiltrierte Basis, ist nicht schmerzhaft. Beiderseits kleine harte Submaxillardrüsen. Keine Zeichen von Syphilis, spezifische Behandlung ohne Einfluß. Nicolas hält trotzdem manches dagegen spricht, eine tuberkulöse Affektion nicht für ausgeschlossen.

Lacassagne, J.: Pseudo-pelade. S. 679.

Entwicklung zahlreicher kahler Flecken, von atrophisch-narbigem Aussehen. Follikulitiden sind nicht beobachtet worden.

Nicolas, J., u. J. Rousset: Urticaire pigmentaire à début tardif. Considérations diverses à son sujet (Urticaria pigmentosa mit spätem Beginn. Verschiedene Betrachtungen darüber). S. 681.

Die Fälle mit spätem Beginne scheinen zuzunehmen, hier handelt es sich um einen 55jähr. Mann. Bemerkenswert ist das Fehlen von Mastzellen. Keine Veränderungen des Blutbildes.

Gaté, J., u. P. Michel: Lupus érythémato-nodulaire de la face. Lupus miliaire et érythémato-nodulaire de la jambe droite. Lupus scléreux du pied droit (Erythematös-knötchenförmiger Lupus im Gesicht. Lupus miliaris und erythematös-knötchenförmiger Lupus des rechten Beines. Lupus sclerosus des rechten Fußes). S. 682.

Das Besondere des Falles liegt in der Polymorphie der Erscheinungen. Therapeutisch kommt örtliche Behandlung (Skarifikationen, Ätzungen mit Chlorzink und Jod-Alkohol) nur für das Gesicht in Frage, es muß deshalb Allgemeinbehandlung (Gold) hinzugefügt werden.

Digitized by Google

Nicolas, J., u. R. Froment: Lupus érythémateux fixe de la peau et de la muqueuse buccale. Evolution parallèle d'une onyxis de même origine et d'une lésion néoplasique du genou (Fixer Lupus erythematosus der Haut und der Mundschleimhaut. Parallele Entwicklung einer Nagelerkrankung gleichen Ursprunges und einer neoplastischen Läsion des Knies). S. 688.

Neben sicheren Erscheinungen eines Lupus erythematosus im Gesicht finden sich ausgedehnte Plaques an der Innenfläche beider Wangen mit kongestivem und erosivem Zentrum und weißer, perlmutterglänzender Umrandung. An allen Fingernägeln gleichzeitig aufgetretene Veränderungen; sie sind brüchig, streifig, ihre Umgebung erythematös. Auch diese Veränderungen müssen als Lupus erythematosus aufgefaßt werden, während an der Innenfläche des linken Knies die plane, bläulichrote, scharf begrenzte zirkuläre Läsion mit glatter Haut, leicht infiltriertem Rande ein oberflächliches Epitheliom zu sein scheint, das möglicherweise durch Degeneration einer Lupus-erythematosus-Effloreszenz entstanden ist.

Gaté, J., u. P. Michel: Un cas de lichen atrophique (Ein Fall von Lichen atrophicus). S. 690.

Bei einem jungen Mädchen finden sich am Rumpf kleine, meist punktförmige sklerotisch-atrophische Flecke von perlmutterweißem Aussehen und meist traubenförmiger Anordnung, stellenweise zu größeren Plaques mit im Zentrum dichtgedrängten, an der Peripherie mehr auseinanderstehenden Effloreszenzen vereinigt. Die umgebende Haut unverändert. Die Affektion wird als Lichen planus sclerosus oder atrophicus aufgefaßt, besonders mit Rücksicht auf vorübergehend bei der Kranken beobachtete Lichen-planus-Effloreszenzen an der Vulva. Es bestehen Anzeichen von kongenitaler Syphilis.

Nicolas, J., G. Massia u. J. Rousset: Examens histologiques des lésions cutanées (Epithélioma, acné-comédon du visage, dermite des avant-bras, etc.) d'un malade travaillant dans le goudron (Histologische Untersuchung der Hauterscheinungen [Epitheliom, Akne-Komedo im Gesicht, Dermatitis der Vorderarme usw.] bei einem Teerarbeiter). S. 694.

Es wird der Schluß gezogen, daß zwei der Läsionen, nämlich die Dyskeratose und die Akne-Komedo, auf Einwirkung des Teers beruhen und daß vielleicht auch das Epitheliom im Gesicht denselben Ursprung hat.

Nicolas, J., Lacassagne u. R. Froment: Un nouveau cas de pellagre (Ein neuer Fall von Pellagra). S. 697.

Es handelt sich um einen typischen Fall mit pellagroidem Erythem, nervösen Störungen, Verdauungsstörungen. Die Kranke hatte keinen Mais genossen, jedoch eine sehr einseitige, quantitativ ungenügende Ernährung, aus Eiern und Wein bestehend. Hierin liegt ein Hauptfaktor für die Entstehung der Pellagra.

Gaté, J., J. Coste u. P. Michel: Deux cas de tuberculeuse verruqueuse étendue guérie complètement par la radiothérapie (Zwei Fälle von ausgedehnter Tuberculosis verrucosa, durch Röntgenbehandlung vollkommen geheilt). S. 698.

Der ausgezeichnete Erfolg der Röntgenbehandlung ist besonders bemerkenswert, weil es sich um lange vernachlässigte Fälle handelte, in deren einem es zu Verstümmelungen gekommen war.

Nicolas, J., J. Lacassagne u. R. Froment: Action rapide et remarquable des injections intraveneuses d'hyposulfite de Na (méthode de Ravaut) dans deux cas d'eczéma rebelle (Schnelle und bemerkenswerte Wirkung intravenöser Einspritzungen von Natriumhyposulfid [Methode von Ravaut] bei zwei Fällen von hartnäckigem Ekzem). S. 702.

Die Heilung war in beiden Fällen eine außergewöhnlich schnelle, mit 3 bzw. 4 Einspritzungen. Es wurden am ersten Tage 1,5 g, am zweiten 3, dann täglich 4,5 g eingespritzt. Das Mittel kann auch innerlich gegeben werden, doch ist die Wirkung dann keine so gute.

Nicolas, J., F. Lebeuf u. R. Froment: Un cas de gangrène localisée de la verge à colibacilles (Ein Fall von begrenzter Gangrän des Gliedes infolge von Kolibazillen). S. 703.

Gangrän auf einer Ulzeration an der Seite des Penisschaftes, an einer Stelle, an der ein Jahr zuvor bereits Gangrän aufgetreten war, die spontan heilte. Keine Geschlechtskrankheiten. Kultur ergibt Kolibazillen. Die Genitalgangrän kann durch sehr verschiedene Keime hervorgerufen werden.

Gaté, J., G. Massia u. P. Michel: Syphilides tertiaires développées sur une cicatrice (Entwicklung eines tertiären Syphilids auf einer Narbe). S. 706.

Digitized by Google

Der Kranke war vor 17 Jahren eines Primäraffektes wegen behandelt worden und hatte seitdem keine Erscheinungen gehabt. Vor 10 Jahren eine schwere Verbrennung; die jetzigen papulös-krustösen Effloreszenzen sind an dem Rande der Narbe aufgetreten. Eine traumatische Syphilis im eigentlichen Sinne liegt also nicht vor, doch hatte das Trauma einen Locus minoris resistentiae geschaffen.

Sitzung vom 20. Juni 1929

Nicolas, J., J. Lacassagne u. R. Froment: Vaste placard de gangrène cutanée de la région inguinale, secondaire à une adénite suppurée et à une pyodermite du fourreau (Umfangreiche Hautgangrän der Inguinalgegend im Gefolge einer eitrigen Adenitis und einer Pyodermie der Vorhaut). S. 710.

Im Anschluß an eine Pyodermie der Vorhaut hatte sich eine eitrige Inguinaldrüsenschwellung entwickelt, an die sich eine sekundäre Hautgangrän anschloß, die an Umfang das Drei- bis Vierfache einer Handfläche erreichte und bis auf die Muskeln in die Tiefe ging. Kulturell wurden Streptokokken gefunden. Mit Umschlägen von Wasserstoffsuperoxyd wurde schnelle Heilung erzielt.

Barral, Ph., u. J. Rousset: Dosage du soufre urinaire dans quelques dermatoses exfoliantes (Der Schwefelgehalt des Harns bei einigen exfoliierenden Dermatosen). S. 712.

Fast ausnahmlos fand sich bei exfoliierenden Dermatosen ein Schwefelgehalt des Harns, der unter dem normalen lag. Es bestehen ferner Verschiebungen zwischen den verschiedenen Modifikationen des Schwefels, die zu einer fortschreitenden Leberinsuffizienz in Beziehung zu stehen scheinen. Nur in einem Falle war der Schwefelgehalt bedeutend erhöht, doch handelte es sich hier um eine Intoxikation durch externe Schwefelanwendung.

Nicolas, J., J. Lacassagne u. R. Froment: Naevus verruqueux du cuir chevelu datant de 14 ans à croissance rapide récente s'accompagnant de suppuration (Seit 14 Jahren bestehender Naevus verrucosus des behaarten Kopfes mit neuerlichem rapidem Wachstum in Verbindung mit Eiterung). S. 715.

Es muß der Verdacht einer malignen Umwandlung auftauchen, die sich jedoch histologisch nicht nachweisen läßt.

Gaté, J., u. P. Michel: Un cas de lupus nodulaire impétigineux très ancien considérablement amélioré par les sels d'or (Fall von sehr altem impetiginösem knötchenförmigem Lupus, durch Goldbehandlung beträchtlich gebessert). S. 716.

Der Lupus bestand seit 38 Jahren und hatte allmählich das ganze Gesicht ergriffen. Nach 8 Einspritzungen von Thiochrysin 0,05 sind die örtlichen Erscheinungen wesentlich zurückgegangen und der Allgemeinzustand hat sich gehoben.

Lacassagne, J., G. Saman u. R. Froment: Un cas de pemphigus végétant (Ein Fall von Pemphigus vegetans). S. 720.

Beginn der Erscheinungen vor $^1/_2$ Jahre mit Stomatitis, dann Blaseneruption; Wiederholung in gleicher Weise einige Monate später, jetzt umfangreichere Erosionen mit Wucherungen. Allgemeinzustand verschlechtert, Ödeme, im Blut und der Blasenflüssigkeit Eosinophilie. In allen derartigen Fällen ist nicht mit Sicherheit zu entscheiden, ob es sich um Pemphigus oder Dermatitis herpetiformis handelt, ein wirkliches ausschlaggebendes Zeichen gibt es nicht.

Gaté, J., u. P. Michel: Dermatite bulleuse généralisée ayant évoluée par poussées et ayant pris secondairement un caractère végétant. Forme végetante probable de la maladie de Duhring-Brocq (Generalisierte bullöse Dermatitis mit im Beginn schubweisem Auftreten, die sekundär einen wuchernden Charakter angenommen hat. Wahrscheinlich wuchernde Form der Duhring-Brocqschen Krankheit). S. 722.

Für Dermatitis herpetiformis spricht in dem Falle die Eosinophilie im Blute und dem Blaseninhalt; andererseits könnten die Wucherungen in den Achselhöhlen und den Femoralfalten für Pemphigus verwertet werden. Vielleicht ist wuchernde Dermatitis herpetiformis und benigner wuchernder Pemphigus überhaupt ein und dasselbe.

Rousset, J.: Nodules sous-cutanés douloureux ossifiés, apparus en même temps qu'un processus méninge fruste d'origine syphilitique probable (Subkutane schmerzhafte ossifizierte Knötchen, gleichzeitig mit einem abortiven wahrscheinlich auf Syphilis beruhenden meningealen Zustand aufgetreten). S. 727.

Die Untersuchung der Knötchen ergab innerhalb subkutanen Fettgewebes einen ischämischen Herd mit chondroider Metaplasie der Bindegewebszüge auf dem Wege partieller sekundärer Ossifikation. Mikroveraschung zeigt Eisen an. Entzündliche Re-

Digitized by Google

tion ist nicht vorhanden. Es liegt nahe den Ursprung der Veränderungen mit den auf Syphilis beruhenden meningealen Veränderungen in Zusammenhang zu bringen.

Laurent, Ch.: Lichen atrophique (Lichen atrophicus). S. 734.

An einem größeren, zwischen den Schulterblättern gelegenen und einigen kleineren Plaques finden sich kleine leicht keratotische Papeln und kleine linsengroße weiße, deutlich atrophische Plaques. Keine Erscheinungen an der Mund- und Vulvarschleimhaut. Kein Lilacring, kein Jucken. In der Besprechung wird der Fall als in seinem Charakter sehr zweifelhaft bezeichnet, es könnte sich auch um „White Spot Disease" handeln, doch seien beide Diagnosen nicht voll befriedigend.

Gaté, J., u. P. Michel: Macules érythémato-pigmentées offrant des réactions urticariennes chez un enfant atteint de dermographisme et d'urticaire classique. Urticaire pigmentaire? Discussion du diagnostic (Erythematös-pigmentierte Flecke mit urtikariellen Reaktionen bei einem Kinde mit Dermographismus und klassischer Urtikaria. Urticaria pigmentosa? Diskussion der Diagnose). S. 735.

Bei einem Kinde finden sich als Residuen einer früher durchgemachten Hautkrankheit erythematös-pigmentierte Flecke, die beim Reiben Infiltration und urtikarielle Reaktion zeigen. Außerdem frische urtikarielle Effloreszenzen und Dermographismus. Es wird Kombination von Urticaria pigmentosa und banaler Urtikaria angenommen.

Gaté, J., u. P. Michel: Un cas de syphilome tertiaire du nez (Ein Fall von tertiärem Syphilom der Nase). S. 737.

Alte Syphilis, 6 Monate zuvor kleine Läsion an der Nase, keine Behandlung. Jetzt Nase geschwollen, infiltriert, Haut kupferrot, Ulzeration des linken Nasenloches mit Zerstörung des Nasenflügels, Perforation des Septums.

Gaté, J., u. P. Michel: Tumeurs mycosiques multiples développées sur une poikilodermie (Entwicklung multipler mykotischer Tumoren auf einer Poikilodermie). S. 738.

Bei dem früher als Poikilodermie vorgestellten Kranken haben sich die Erscheinungen nach der Mycosis fungoides zu entwickelt. Fälle, in denen mykotische Tumoren nicht auf prämykotischer Erythrodermie, sondern auf gesunder oder auch auf erythematös-atrophischer Haut auftreten, sind auch sonst schon beobachtet. Der vorliegende Fall zeigte histologisch nicht die Kriterien der Mycosis fungoides. Dieses klinische Bild umfaßt vielleicht verschiedenartige Prozesse.

Lebeuf u. R. Froment: Erythrodermie ichtyosiforme congénitale avec hyperépidermotrophie (Kongenitale ichthyosiforme Erythrodermie mit Hyperepidermotrophie). S. 742.

Trockene Form einer kongenitalen ichthyosiformen Erythrodermie ohne Blasen, bei der ungewöhnlicher Befund des Freibleibens von Achselhöhlen, Ellenbeugen, Kniekehlen. Starke Seborrhoe des Kopfes, auffallend schnelles Nagelwachstum.

Beriel, L., u. J. Rousset: Syphilis médullaire à forme de paraplégie d'Erb avec examen anatomique (Rückenmarkssyphilis von Form der Erbschen Paraplegie mit anatomischer Untersuchung). S. 743.

In sechs Monaten tödlich verlaufener Fall spastischer Paraplegie mit Sensibilitätsstörungen. Anatomisch diffuse Sklerose. Blut und Liquor negativ, spezifische Behandlung ohne Einfluß, trotzdem Syphilis angenommen, da früher sicherer Syphilisschanker.

E. Levin-Berlin.

XIII. Réunion annuelle de la Société suisse de Dermatologie et de Vénérologie

(13. Jahresversammlung der Schweizer Gesellschaft für Dermatologie und Venerologie. Genf, 29. und 30. Juni 1929.)

Schweiz. med. Wschr., 1929, Nr. 48

Präsident: Prof. Dr. Ch. Du Bois

Bloch (Die Beziehungen des dysidrotischen Ekzems der Hände zur Fußmykose) ißt eine besondere Art von Fällen, die immer mit Erkrankungen der Füße verbunden ind, als ein durch hämatogenen Transport von Pilzmaterial bzw. von Pilztoxin entstanenes Epidermophytid auf. Pilze finden sich in der Handaffektion nicht, Heilung erst ach Heilung der Fußerkrankung, leichte Verwechslung mit postskarlatinöser Schuppung.

Digitized by Google

— **Resultate der Nachuntersuchungen bei vor mehr als 10 Jahren** behandelten **Luetikern** erwiesen **Bloch** den günstigen Einfluß einer möglichst intensiven Behandlung. — **Ramel (Nouvelles recherches sur l'étiologie de l'érythème polymorphe** dit idiopathique **et ses relations avec la tuberculose atténuée non folliculaire)** (Neue Untersuchungen über die Ätiologie des sogenannten idiopathischen Erythema multiforme und seine Beziehungen zu der abgeschwächten, nicht follikulären Tuberkulose) bestätigt Ergebnisse früherer Untersuchungen, wonach es sich bei dem Erythema multiforme um hämatogen enstandene, nicht follikuläre Manifestationen einer Tuberkulose handelt. — **Naegeli (Über Eigentümlichkeiten der Chrysarobindermatitis und deren allgemein-pathologische Bedeutung. Verhinderung ihres Auftretens durch vorherige U.-V.-Bestrahlung)** führt die Tatsache des Freibleibens der Psoriasisplaques von der Chrysarobindermatitis auf ein allgemein gültiges Verteidigungsprinzip zurück, bei dem dem Verhalten der Kapillaren neben anderen immunisatorischen Vorgängen eine Rolle zukommt. Vorausgehende Ultraviolettbestrahlung übt eine desensibilisierende Wirkung gegenüber dem Chrysarobin aus. — **Zur Arsentherapie bei Hautkrankheiten** berichtet **Lutz** über sehr gute Erfolge mit intramuskulären Einspritzungen von Arsylen bei Lichen ruber und Dermatitis herpetiformis. — **Dind (Quelques remarques concernant l'état variqueux et ses complications thrombosiques et cutanées)** (Einige Bemerkungen über den varikösen Zustand und seine Komplikationen mit Thrombosen und Hautveränderungen) führt den Zustand auf von den Vasa vasorum ausgehende Entzündungsprozesse zurück. — **Golay (Blennorrhagie et diathermie)** (Tripper und Diathermie) empfiehlt die Diathermie bei Gonokokkenherden in der hinteren Harnröhre und besonders als beste Behandlungsmethode bei gonorrhoischer Prostatitis. — **Lichtschutz und Lichtgewöhnung** sieht **Miescher** in der Strahlenabsorption der Hornschicht bedingt, deren dicke Strahlensensibilität parallel geht. Lichtgewöhnung ist Folge reaktiver Verbreiterung der Hornschicht. Ursache der Lichtabsorption der Hornschicht ist ihr Gehalt an Eiweißkörpern; auch das Pigment besitzt ein erhebliches Absorptionsvermögen. — Das schwierige Kapitel **Zahnanomalien und Lues congenita** erfordert nach **Miescher** statistische Bearbeitung, auf Grund deren er bei Faß- und Schraubenzieherform der mittleren oberen Inzivi stets positive WR fand; Hypoplasien zeigen keine Beziehungen zu Lues congenita. Häufig sind bei ihr neben den Hutchinsonschen Stigmen noch Mikrodontie, Diasthema, Lückenbildung; dies alles jedoch auch ohne Lues. Nur bei dieser die Pflügersche Knospenform der 6. Jahrmolaren und die Buschkesche Pflugform der oberen mittleren Inzisivi. Pautrier wendet sich bei dieser Gelegenheit gegen die Neigung fast aller französischen Autoren, alle möglichen Dystrophien als spezifisch zu bezeichnen, so daß fast jeder Mensch als kongenital syphilitisch betrachtet werden könnte. — **Manifestations cutanées dans l'endocardite lente** (Hauterscheinungen bei Endocarditis lenta) beobachtete **Soutter** in Form einer über den ganzen Thorax ausgebreiteten Eruption kleiner zugespitzter Papeln von café au lait-Farbe sowie an den Handrücken und Vorderarmen teils purpuraartige Flecke, teils unregelmäßige papulöse Elemente mit diffusen Rändern von entzündlichem Aussehen, auf einigen von ihnen Bläschen. Es handelt sich um Läsionen vaskulären Ursprunges, die von einer akuten endovaskulären Entzündung ausgehen. Mikroben konnten nicht darin gefunden werden. Trotzdem muß eine direkte Wirkung der spezifischen Streptokokken bei ihnen angenommen werden. — **Über einen Fall von Tabakekzem** berichtet **Stauffer** bei einer seit der Jugend in einer Tabakfabrik beschäftigten Frau. Nach Abheilung trat bei Wiederaufnahme der Arbeit regelmäßig ein Rezidiv auf. Desensibilisierung mit dem Tabak mißlang. — **W. Brack (Über das Verhalten von eingenommenen Jodmengen im Blut, Urin und Hautblasenflüssigkeit)** zieht aus seinen Untersuchungen den Schluß, daß der Jodgehalt der Blasenflüssigkeit vom jeweiligen Jodgehalt des Blutes und dieser wiederum von der Ausscheidung des Jodes, hauptsächlich im Urin, abhängig ist. — In einem Falle von **Métastases viscérales des épithéliomes métatypiques de la peau** (Viszerale Metastasen metatypischer Hautepitheliome) fand **Juon** durchgehend den gleichen histologischen Typus. — **Trichophytieerkrankungen im Schwingerverband der Stadt Bern,** von **W. Strehler** beschrieben, bei zahlreichen Mitgliedern, äußerst hartnäckig, ergaben kulturell Trichophyton faviforme ochraceum. Einige Fälle, die erst aufgetreten waren, als erkrankte Patienten des Schwinglokal nicht mehr besucht hatten, werden als Übertragung durch nicht gewechseltes Sägemehl des Fußbodens zurückgeführt; trotzdessen Wechseln blieben Ansteckungen aus. — **Kasuistisches zum Thema der allergischen Dermatosen** berichtet **A. Steiner.** — **J. Darier** spricht sich **Sur la nature et la pathogénie des tuberculides et sarcoides (Über die Natur und die Pathogenese**

Digitized by Google

der Tuberkulide und Sarkoide) dahin aus, daß sie wahrscheinlich von tuberkulösem Ultravirus herrühren. Therapeutisch übt bisweilen Quecksilber (Kalomeleinspritzungen), Salvarsan, Wismut einen günstigen Einfluß aus, in anderen Fällen intrakutane Tuberkulineinspritzungen in wiederholten kleinsten Dosen, Vaudremersche Vakzine, methyliertes Antigen von Nègre und Bocquet. — **La loi de la Spécifité des Dermatophytes** (Das Gesetz der Spezifität der Dermatophyten) wird von **R. Sabouraud,** dem Begründer der Lehre, daß dem klinischen Typus einer Läsion der sie verursachende Parasit entspricht, in dem ihm von Beginn an gegebenen Sinne aufrechterhalten, daß natürlich gelegentlich gewisse Ausnahmen davon beobachtet werden können. — Die Frage: **Gibt es Mischformen von angeborener und erworbener Säuglingssyphilis** beantwortet **E. Hoffmann** dahin, daß sehr wohl eine doppelte Infektion durch kurz vor der Geburt diaplazentar überwandernde und während oder bald nach dem Partus kutan eindringende Spirochäten vorkommen kann. Das bereits vorher über die Nabelschnur infizierte Kind kann dann einen eine Superinfektion darstellenden scheinbaren Primäraffekt aufweisen. — **E. Jeanselme, R. Girandeau u. Y. Bureau** bringen **De l'exploration des fonctions cutanées au moyen de l'ionisation localisée. Technique et résultat** (Zur Erforschung der Hautfunktionen mittels örtlicher Ionisation. Technik und Ergebnisse) in Verfolg früherer Untersuchungen über Änderungen der Schweißsekretion an Stellen von Lepraerscheinungen weitere analoge Beobachtungen bei einer Reihe anderer Dermatosen. — **L. Spillmann (Dermatoses et Alcalose)** (Dermatosen und Alkalose) erblickt in der Blutalkalose einen der Faktoren, mit denen in der Pathogenese der Dermatosen gerechnet werden muß. — **G. A. Rost: Über Belastungsproben bei Blutzuckeruntersuchungen** hält diese zur Feststellung von Störungen im Kohlenhydratstoffwechsel für erforderlich, die Untersuchung des Urins, aber auch die auf Feststellung des Nüchternwertes sich beschränkende Untersuchung nicht für ausreichend. — Von der im ganzen seltenen **L'hémangiectasie hypertrophique de Parkes-Weber** (Haemangiectasia hypertrophica Parkes-Weber) berichtet **L. M. Pautrier** einen Fall; die Hautläsionen sind der Ausdruck tiefer Gefäßveränderungen. — **Über den Mechanismus der Heilwirkung des Jods bei Infektionskrankheiten, speziell bei Sporotrichose** gingen die Anschauungen auseinander; **Br. Bloch** kann über Versuche berichten, nach denen eine das Wachstum vermindernde bzw. vernichtende Einwirkung des Jods auf Sporotrichum sicher ist, und zwar sind die Sporotrichumkulturen um so empfindlicher, je älter sie sind. — **Über einen Fall von hauptsächlich halbseitig angeordneter Atrophie der Haut und der Muskeln und seine therapeutische Beeinflussung durch Cholin („Pacyl")** berichtet **W. Brack. Démonstration d'un cas de Sarcoides** (Demonstration eines Falles von Sarkoid) durch **R. Steinmetz** ergab in einzelnen epithelioiden Zellen spärliche Bazillen in Form dünner, stellenweise granulierter, nach Hansen rot gefärbter Stäbchen, in einem einzigen Präparat spärliche säurefeste Stäbchen. Natur dieser Sarkoide noch unklar (Lepra? Tuberkulose? Syphilis?). — **Über die Beeinflussung der Seroreaktion nach Wassermann, Sachs-Georgi, Meinicke und Vernes durch die Impfmalaria bei Syphilis** konnte **Schoch** feststellen, daß mit Einsetzen der Malariabehandlung eine enorme Verstärkung der Reaktionen während der Anfälle eintritt, wobei es sich nicht nur um eine Aktivierung der Reaktionen, sondern zugleich um eine Aktivierung des syphilitischen Prozesses handelt. — **Zur Röntgentherapie der Hautkarzinome** berichtet **Miescher** über Erfolge mit Verabfolgung einer Großdosis (1200 bis 1600 Röntgen unter $^1/_2$—4 Aluminium), was bei kleineren Feldern gut vertragen wird. Manche Mißerfolge beruhen auf verminderter Teilungsaktivität und damit herabgesetzter Strahlensensibilität; hier wurden superponierte Kleinbestrahlungen (tägliche Verabfolgung von 200 Röntgen) versucht und in einelnen Fällen von gutem Erfolge befunden. — **Traitement de la blennorrhagie au moyen de la Gonamine (Sobernheim) et de la Chloramine** (Die Behandlung des Trippers mit Gonamin [Sobernheim] und Chloramin) erwies sich **M. H. Welti** wirksam, und zwar übertraf das eine Kombination mit Gonokokkenvakzine darstellende Gonamin das einfache Chloramin. — **Pigmentstudien** von **S. Peck.** Auch unter Ausschluß jeglicher Lichtwirkung kann in der menschlichen Epidermis durch banale Reize das Pigmentbildungsvermögen verstärkt werden. Bestrahltes Ergosterin zeigte beim grauen Kaninchen keine Pigment erzeugende Kraft, unterscheidet sich also in dieser Hinsicht von der Wirkung der Bestrahlung. — **Ch. Soutter** stellt einen Fall von **Lichen obtusus vulgaire, forme involuée de la névrodermite circonscrite** (Lichen obtusus vulgaris, Involutionsform der Neurodermitis circumscripta) vor, der in seiner Entwicklung und allgemeinem Aussehen an die Neurodermitis circumscripta erinnert, in Einzelheiten, besonders im mikroskopischen Befunde, sich von ihr unter-

Digitized by Google

scheidet und dem Lichen obtusus vulgaris, einer anormalen Form der Lichenifikation entspricht. — **Présentation de malades** (Krankenvorstellungen): Ramel: 1. Sarcoides de Darier Roussy, guéries par le Krysolgan (Darier-Roussysche Sarkoide, durch Krysolgan geheilt). 2. Sclérodermie atypique en plaques multiples, évoluant spontanément vers la guerison avec pigmentation des placards (Atypische Sklerodermie mit multiplen Plaques und spontaner Entwicklung zur Heilung mit Pigmentierung der Plaques). 3. Lupus pernio (type Schaumann). 4. Naevus hyperkératosique dur, verruciforme (Harter verrukoser hyperkeratotischer Naevus). 5. Kératomes multiples filiformes, palmaires et plantaires, d'origine arsenicale. Dégénérescence épithéliomateuse (Multiple filiforme Keratome an Handflächen und Fußsohlen durch Arsen. Epitheliomatöse Degeneration). 6. Sarcoides de Darier-Roussy, tuberculisant le cobaye, chez une malade atteinte de splénomegalie et d'un Wassermann positif (Darier-Roussysche Sarkoide, Meerschweinchen tuberkulisierend bei einer Kranken mit Splenomegalie und positiver WR.) 7. Coexistence de lupus miliaire de la face et d'un cylindrome de la parotide (Koexistenz eines Lupus miliaris im Gesicht und eines Zylindroms der Parotis). Naegeli: 1. Lupus pernio (Boecksche Sarkoide). 2. Ekzematoide Hautdiphtherie. 3. Rezidivierendes papulöses und psoriasiformes Trichophytid. 4. Nikotinulkus. 5. Fausse sclérodermie du nourrisson. Du Bois: 1. Xeroderma pigmentosum fruste. 2. Sclérodactylie avec sclérodermie generalisée (Sklerodaktylie mit generalisierter Sklerodermie). 3. Hérédo-syphilitique (Kongenital-Syphilitiker). 4. Maladie de Méléda. Kératodermie palmaire et plantaire familiale (Meleda-sche Krankheit, familiäre Keratodermia palmaris und plantaris). 5. Télangiectasies essentielles linéaires (Essentielle lineäre Telangiektasien). 6. Maladie de Darier. 7. Cutis laxa. 8. Naevus kératosique ichthyosiforme. 9. Lupus plan géant et migrateur du cou, des oreilles et du cuir chevelu, datant de 26 ans (Seit 26 Jahren bestehender planer, wandernder Riesenlupus an Hals, Ohren, behaartem Kopf). 10. Maladie de Schamberg, ou urticaire pigmentaire (Schambergsche Krankheit oder Urticaria pigmentosa). 11. Psoriasis (?) des jambes (Psoriasis [?] der Beine). 12. Naevus vasculaire plan de toute la moitié droite de la face, avec hypertrophie des tissus traité par le radium avec grande amélioration (Planer Naevus vascularis der ganzen rechten Gesichtshälfte mit Hypertrophie der Gewebe, große Besserung durch Radiumbehandlung). 13. Lupoides miliaires de la face; adénopathies cervicales dans l'enfance (Miliares Lupoid des Gesichts; in der Kindheit Zervikaldrüsen). 14. Acné nécrotique de tout le cuir chevelu et de la nuque consécutive à une grippe (Acne necrotica des ganzen behaarten Kopfes und des Nackens im Gefolge einer Grippe). 15. Naevus sébacé en plaque sur la poitrine (Naevus sebaceus en plaque auf der Brust). 16. Chéloides familiales, post-vaccinales chez 4 enfants de la même famille (Familiäre Keloide nach der Impfung bei 4 Kindern derselben Famme 17. Sarcoides Darier-Roussy sur les jambes d'une femme de 31 ans, guérie par la tuberculine Beraneck (Darier-Roussysches Sarkoid an den Beinen einer 31jähr. Frau, geheilt mit Tuberkulin Beraneck). E. Levin-Berlin.

Bücherbesprechungen

Hoffmann, E.: Die Behandlung der Haut- und Geschlechtskrankheiten mit kurzer Diagnostik. Fünfte, stark vermehrte Auflage mit 46 Abbildungen und mehreren Tabellen. Marcus u. Weber, Berlin u. Köln 1930.

Je schwieriger es unter den heutigen wirtschaftlichen Verhältnissen Ärzten und Studierenden wird, sich umfangreichere Lehrbücher anzuschaffen, desto wichtiger ist die Zusammenfassung auch der Dermato-Venerologie in kürzeren Kompendien. Nur wenige der bisher erschienenen genügen aber für eine gründliche Orientierung. Ich stehe nicht an, dieses Buch als das Beste zu empfehlen. Im Vordergrund steht hier die Therapie, die in musterhafter Gründlichkeit und doch kritisch behandelt ist. Selbst wer wie der Referent nicht in allen Fragen konform mit dem Autor geht — manches ist eben doch umstrittig —, wird in dieser Darstellung das ausgezeichnete pädagogische Talent des verdienten Autors anerkennen. Sowohl die physikalischen Methoden wie die Chemotherapie, die Grundlagen zur Inkorporierung der Medikamente, alles Moderne bis in die letzte Zeit findet trotz der Kürze eingehende Besprechung. Daneben ist die Diagnostik, die normale Hauthistologie, Mykosen, Apparatur, kurz und treffend erläutert, durch gute besonders histologische Abbildungen dargestellt. Das in verhältnismäßig kurzer Zeit nunmehr — an Umfang wesentlich vergrößert — in fünfter Auflage erschienene Werk wird „vielen Studierenden und Ärzten ein treuer und zuverlässiger Ratgeber sein". A. Buschke-Berlin.

Digitized by Google

Aoki, T.-Nagasaki: Untersuchungen über die Frühdiagnose und Therapie der Lepra unter besonderer Berücksichtigung der Behandlung mit Leprosin. Ergänzungsheft z. Japanischen Z. Derm. u. Urol., Tokio 1930.

Die Verff. unterstreichen in dieser ausgezeichneten Abhandlung die Wichtigkeit der Frühdiagnose der Lepra und den vortrefflichen diagnostischen Behelf, den ihre Methode der intravenösen Injektion von Jod-Natriumlösung abgebe, da sie keine Gruppenreaktion hervorrufe, sondern eine spezifische Reaktion bedinge. Die Schwierigkeit der Erkennung der klinischen Initialerscheinungen beleuchtet z. B. die dem Ekzema-marginatum-ähnliche Form, das Leukoderma leprosum u. a.; die Lymphdrüsen sind, sofern nicht Bazillen in ihnen nachweisbar sind, für die Frühdiagnose wenig charakteristisch verändert. Zur Therapie empfehlen die Autoren auf Grund sorgsamer Untersuchungen als vorzügliches Mittel eine hochwertige organische Jodverbindung des Thymols, das 6-Jodthymol, dessen bakterizide Kraft gegenüber dem Thymol gesteigert sei, freilich in etwas niedriger Dosis toxisch wirke. Das Jod scheine für das Thymol als „Leitschiene" zu dienen; die nach Jodinjektion erfolgende Lokalreaktion addiere sich zur Heilwirkung des Thymols. Das neue von Aoki empfohlene Präparat „Leprosin" enthält als Hauptmittel 6-Jodthymol; die Behandlung mit Leprosin beruhe nicht nur auf dem Prinzip der Chemotherapie, sondern auch der Fettantikörpertherapie. Verff. verwenden zunächst eine 50%ige Jod-Natriumlösung als „Stimulans"; hierauf erst geben sie subkutane Injektionen von Leprosin; neben dieser Hauptkur werden gleichzeitig zur allgemeinen Behandlung als Nebenkur Jod-Natrium- und Salizylsäure-Kalziuminjektionen angewandt. Lokal: reduzierende Mittel, physikalische Verfahren, Kohlensäureschnee u. a. F. Callomon-Dessau.

Fischer, M.: Der Alkoholmißbrauch. Aus dem Kaiser-Wilhelm-Institut f. Anthropol., menschl. Erblehre und Eugenik. Direktor: Prof. Dr. Eugen Fischer. Verlag „Auf der Wacht", Berlin-Dahlem.

Aus der Arbeitsstätte des Anthropologen und Anatomen Eugen Fischer in Berlin-Dahlem stammt die Werbeschrift des hochgeschätzten Autors. Dem Ansehen der Arbeitsstätte entspricht der Wert der Schrift, welche in Hunderttausenden von Exemplaren über Deutschland und die ganze Welt verbreitet werden müßte. Was gegen den Alkoholgenuß in rassehygienischer, volkswirtschaftlicher, pharmakologischer, erbbiologischer u. a. Richtung gesagt werden kann und gesagt werden muß, ist hier auf streng wissenschaftlichem Boden in vorbildlich vornehmer und schöner Diktion ausgearbeitet worden; dabei in einer gedrängten Kürze, welche das schwerbelastende Material schnell und sicher in die Gehirne der breiten Masse einziehen heischt. Es ist schon sehr klug, daß der Autor die Idee der gänzlichen Alkoholenthaltsamkeit, welche er ungemein hoch bewertet und welcher er sehr nahe steht, für ein großes Volk nicht vertritt, so wie sie die amerikanische Prohibition bislang gewollt hat. Wegen eines positiven Erfolges zieht er die Mäßigkeitsbewegung vor. Jeder, der Alkohol zu sich nimmt, muß sich bewußt bleiben, daß er einem Gifte frönt. Das lernen wir aus dem Buche. Eine andere Frage ist, wie weit er an dieses Gift in mäßigen Grenzen seinen Körper gewöhnt hat und gewöhnen kann (Referent). Aber weit hinaus sollte es erschallen, daß die tatsächlichen und die ideellen Führer eines Volkes — zu letzteren zählen auch die Lehrer, Geistlichen und Ärzte — den überzeugten Willen aufbringen müssen, dem Alkohol ganz oder fast ganz zu entsagen — aus freien Stücken. „2 Staatspräsidenten von so hoher Gesinnung und solch hohem Bekennungsmut kennen wir aus unseren Nachbarländern. Ihnen sei höchstes Lob ‚Vivant sequentes'." Referent erinnert sich nicht, in Bulgarien während des Kriegs einen einzigen bulgarischen Arzt kennen gelernt zu haben, welcher Alkohol zu sich nahm. Nur so tun Ärzte quoad Alkohol wirkliche hygienische Arbeit am Volke, und nur so sind sie die besten Fürsprecher für eine wirkliche Prophylaxe. Referent fügt aus eigenen Stücken hinzu, daß die hervorragende Reichtagsabgeordnete Frau Dr. Lüders wiederholt auf die Milliarden hingewiesen hat, welche im Laufe eines Jahres in Gestalt von Alkohol durch die Kehlen der Deutschen fließen. Dieses Milliardenkapital könnte im Laufe eines einzigen Jahres die gesamten Kriegsschulden schon erheblich vermindern. Darum imponieren die Angaben für Alkohol im Haushalt der Nationen in der Schilderung des Autors besonders. E. Delbanco-Hamburg.

Digitized by Google

Mitteilungen aus der Literatur

Urogenitalapparat

Penis, Urethra, Blase

Portwich-Kiel: Zur Lehre von der Funktion des Blasenschließmuskels. Ein weiterer Beitrag. Zschr. f. urol. Chir., Bd. 28, H. 23, S. 294.

Als Beitrag zu der Arbeit Brenners in der Zschr. f. Urol., 1927, S. 241, berichtet Verf. über einen Fall von Enuresis nocturna bei einem 24jähr. Mädchen, und zwar trat Harnträufeln nur in sexuellen Erregungszuständen auf. Beim Orgasmus kam es bei gefüllter Harnblase stets zu einer spontanen Miktion, der Urin floß in vollem Strahl ab. Verf. glaubt nun auf Grund der 2 Fälle Brenners, daß auch bei der Frau während der Erektion der Klitoris der Sphinkter externus sich lockert und zuletzt beim Orgasmus ganz klafft. So scheint also zwischen dem Blasenschließmuskelapparat des Mannes und der Frau physiologisch wie anatomisch kein Unterschied zu bestehen. A. Rosenburg-Mannheim.

Burger, M.-Wien: Die Lage des Blasenkatheters im Röntgenbilde. (Urol. Station d. Kaiserin-Elisabeth-Spitals.) Zschr. f. urol. Chir., Bd. 28. H. 1, S. 7.

Verf. beweist an Hand von 9 Abbildungen, teils Pyelogrammen, teils Skizzen nach solchen, daß das Orificium intern. urethrae nicht den tiefsten, den kaudalsten Punkt der Harnblase darstellt, es liegt vielmehr ein Teil der vorderen Blasenwand noch tiefer, so daß auf dem Röntgenbild das Orifizium mitten in die Kontrastflüssigkeit zu liegen kommt. Bei der Sectio alta, speziell bei Prostatikern, erscheint so das Orificium int. urethrae als unterster Anteil der hinteren Blasenwand. Dem Verf. hat sich der Nelaton-Katheter als besser zum Verweilkatheter geeignet erwiesen als der am häufigsten gebrauchte Thiemann-Katheter. Bei richtig liegendem Nelaton-Katheter überragt die Katheterspitze bei dem flach auf dem Rücken liegenden Patienten den oberen Rand der Symphyse um etwa Fingerbreite, während bei stehendem Patienten die Katheterspitze um etwa Fingerbreite unterhalb des Symphysenrandes erst sichtbar wird. A. Rosenburg-Mannheim.

Zimmermann, E.-Charlottenburg: Entfernung einer Stearinkerze aus der männlichen Blase. D. m. W., 1929. Nr. 35, S. 1471.

Zur Entfernung einer Stearinkerze aus der Harnblase füllt man diese mit Paraffin. liq. auf. Die Kerze sinkt dann dem spezifischen Gewicht entsprechend in den Blasenhals und kann per vias naturales entleert werden. Bei Holzstückchen wird Vaselinöl empfohlen. Bei anderen Fremdkörpern, die spezifisch schwerer als Urin sind, verwende man zuerst Paraffin. liq., bei Mißerfolg eine 2—2½%ige Tragantlösung, in der der Fremdkörper nur langsam zu Boden sinkt.

F. Harry-Wiesbaden.

Podvinec, E., u. W. Pllak-Prag: Über Blasenblutungen bei Grippe. (II. Deutsch. Univ.-Kinderkl.) Mschr. f. Kinderhlk., Bd. 43, H. 5, S. 480.

Bei einem 3jähr. Knaben kam es unter Miktionsbeschwerden zu einer schweren Blasenblutung. 8 Tage vorher war der Junge an Grippe erkrankt. Es bestanden weder Fieber noch sonstige Störungen des Allgemeinzustandes. Die Urin- und Blutuntersuchung ergab einwandfrei eine Blasenpurpura, wie man sie im mittleren Lebensalter als Folgezustand von Erkältungskrankheiten häufiger findet. 3 Tage später verschwanden die Miktionsbeschwerden, am 6. Tag zeigte der Harn bereits völlig normale Farbe. R. Ley-Kreuznach.

Lieben, A.-Wien: Zur primären und sekundären katarrhalischen Zystitis. (Ambulator. f. Harnerkrankg. d. Arbeiterkrankenkasse des Gremiums der Wiener Kaufmannschaft.) Zschr. f. urol. Chir., Bd. 28, H. 1, S. 61.

Verf. kommt zu der Ansicht, daß man die richtige Erkältungszystitis nur bei Frauen sieht, wahrscheinlich begünstigt durch die leichte Kleidung im Winter, im Sommer durch allzu forciert genommene kalte Bäder. Die auslösende Ursache ist gewöhnlich ein einmaliges Kältetrauma des Unterleibes oder der Beine, im Sommer kalte Bäder und nachheriger Aufenthalt in kühler Luft mit nassen Kleidern. Beschwerden: Zystitistrias. Zystoskopisch ist das Trigonum mehr affiziert als die übrige Harnblase. Therapie: Blasenspülungen, Lapisinstillationen. Bei Männern ist die Erkältungszystitis so selten, daß selbst zwei Skifahrer, die fast eine Ertrierung der

Digitized by Google

Gliedes sich zugezogen hätten, keine Zystitis bekamen. Ähnlich den gewöhnlichen Erkältungszystitiden sind bei Männern und Frauen die Blasenkatarrhe im Anschluß an eine Grippe. Zystoskopisch findet man bei den postgrippösen Blasenkatarrhen an den Gefäßverzweigungsstellen herdförmige Schleimhautaffektionen, und zwar Rötungen, Suffusionen, Hämorrhagien, selbst kleine Ulzerationen. Hier nur Blasenspülungen und Urotropin per os oder intravenös. Chronische Kälteeinwirkungen mäßigeren Grades verursachen Pollakisurien, die aber zwei Symptome der Zystitis nicht haben, keine wesentliche Harntrübung und keine schmerzhafte Miktion; dagegen ist die Miktionsfrequenz oft bis zum Harnträufeln gesteigert. Die Erkrankung ist bei Männern häufiger wie bei Frauen und trat besonders im Felde zahlreich auf. Zystoskopisch sieht man infolge des erhöhten Muskeltonus eine hochgradige Trabekulosis, wobei mitunter schon während der Zystoskopie, wohl infolge der warmen Spülung, die Trabekel verstreichen und das gewulstete Lig. intrauretericum flacher wird; Blasenschleimhaut nicht verändert, Gefäßzeichnung deutlich. Die Therapie besteht in heißen Spülungen, Diathermie und Salizylpräparaten per os. Ein Versuch des Verf., experimentell Zystitis durch Injizieren von Kolibazillen in die Harnblase zu erzeugen, gelang nicht restlos. A. Rosenburg-Mannheim.

Seyderhelm, R., u. W. Klaue-Frankfurt a. M.: Zur Behandlung der Zystitis und Pyelitis chronica mit Subkutin (Ritsert). (Med. Kl. d. Hospitals zum Heiligen Geist.) D. m. W., 1929, Nr. 40. S. 1665.

Zu Blasen- und Nierenbeckenspülungen bei subakuter Zystitis und Pyelozystitis wird eine 2%ige Lösung von Subkutin Ritsert (phenolsulfosaures Anästhesin) empfohlen. Die Erfolge der Behandlung bestehen in rascher Rückbildung der Entzündungserscheinungen sowie in Sterilisierung des Urins. F. Harry-Wiesbaden.

Zuszkai, O.-Marienbad: Eine eigenartige Beobachtung bei Enuresis. Med. Welt, 1929, Nr. 38, S. 1358.

Verf. nimmt an, daß der Harngeruch die unbewußte Aktion des Nachtharnens auslöst. Er hat in zwei Fällen einen vollen Erfolg nur dadurch erzielt, daß er immer, Betten und Kleidungsstücke der Kinder vom Harngeruch befreien ließ.
H. Ress-Dessau.

Jacobovici, J., C. I. Urechia u. E. Teposu: Enuresis et Spina bifida occulta (Enuresis und Spina bifida occulta). Presse méd., 1929, Nr. 68, S. 1103.

In 19 Fällen von Enuresis nocturna und Incontinentia urinae fand sich 16mal klinisch-radiologisch eine Spina bifida occulta. Die Patienten waren fast alle Zöglinge einer Krüppelheilstätte und eines Taubstummeninstitutes. Von 15 operierten Fällen heilten 9, besserten sich 3, einer zeigte langsame Besserung, einer blieb ohne Erfolg, einer starb. Dieses Resultat, das noch durch pädagogische Maßnahmen gestützt wurde, spricht für die ursächliche Bedeutung der Spina bifida. Irritierende Bindegewebsstränge im Rückenmarkskanal spielen eine ursächliche Rolle. Operation bleibt ultima ratio. E. Fischer-Prag.

Hoden, Samenbläschen, Prostata

Blumensaat, C.-Berlin: Über einen neuen Befund in Knabenhoden. (Path. Inst. d. Univ.) Virch. Arch., Bd. 273, H. 1, S. 51.

Verf. fand in 51 Hoden von Kindern im 1. bis 15. Lebensjahr 6mal, d. h. in 11,6% der Fälle, in den Samenkanälchen an Corpora amylacea erinnernde Gebilde, die den von Takeo-Oiye (in Zieglers Beiträgen) beschriebenen Steinchen ähneln, aber nie Kalk enthalten, der demgemäß als eine unwesentliche Beimengung zu betrachten ist. Die Gebilde, die Verf. als „Spermatogonienkörperchen" zu bezeichnen vorschlägt, kommen nur in solchen Hoden vor, die bereits Spermatogonien enthalten. Diese zeigen dann mannigfache regressive Erscheinungen bis zu Nekrose, und durch Verschmelzung der genannten Elemente, und durch Anlagerung hyalin-schleimiger Massen kommt es zur Bildung der fraglichen Körperchen. Auffallend ist, daß in 5 von den 6 Fällen intrazerebrale Erkrankungen mit Erhöhung des Hirndruckes vorgegen, ein Zusammentreffen, das nicht erklärt werden kann.
Fr. Wohlwill-Hamburg.

Frey, S.-Königsberg i. Pr.: Experimenteller Beitrag zur Entstehung der akuten und chronischen Entzündungen des Nebenhodens und Hodens. (Chir. Univ.-Kl.) Zschr. f. Chir., Bd. 218, H. 1/6, S. 333.

Der in situ befindliche Samenleiter des Kaninchens führt ebensowenig wie der verlebende Samenleiter Bewegungen aus; auch mechanische, chemische und ther-

Digitized by Google

mische Reizungen des Samenleiters und des Colliculus seminalis lösen Bewegungen des Samenleiters nicht aus, während nach faradischer und nach galvanischer Reizung des Samenleiters und des Colliculus seminalis ebenso wie nach elektrischer Reizung des Nervus hypogastricus regelmäßig eine Samenleiterbewegung zustande kommt. Augentropfen von Adrenalin auf den Samenleiter und intravenöse Injektion von Adrenalin riefen Bewegungen des Samenleiters hervor, während Pilokarpin und Physostigmin wirkungslos blieben. Die Samenleiterbewegung erfolgt urethralwärts; eine hodenwärts gerichtete Beförderung des Samenleiterinhaltes kommt nicht vor; da die Samenleiterbewegung nicht imstande ist, Harnröhreninhalt in die Samenleiter oder in die Nebenhöhlen zu befördern, so können auch die Samenleiterbewegungen für die Entstehung der Epididymitis und Orchitis nicht verantwortlich gemacht werden. Beim Menschen ist es Verf. nicht gelungen, durch faradische Reizung des Samenleiters oder des Colliculus seminalis eine Samenleiterbewegung auszulösen, während Virchow und Kölliker bei einem Hingerichteten durch galvanische Reizung der Samenleiter eine starke Verkürzung, aber keine Peristaltik erzielten. Die von Oppenheim und Löw beim Kaninchen durch elektrische Reizung des N. hypogastricus und des Colliculus seminalis gefundene antiperistaltische Bewegung des Samenleiters, die vom urethralen Ende zum Hoden geht, konnte Verf. nicht finden. Es besteht aber die Möglichkeit, daß bei einzelnen Tierarten in der Brunstzeit infolge der erhöhten Erregbarkeit der Samenleiter spontane Bewegungen der Samenleiter vorkommen.

F. Winkler-Wien.

Heckenbach, W.-Berlin: Die Auswirkung der chronisch-entzündlichen Erkrankungen der männlichen Adnexe auf die oberen Harnwege. (Urol. Abt. d. St. Hedwig-Krankenh.) Zschr. urol. Chir., Bd. 26, H. 5/6, S. 447.

Verf. kommt zu der Überzeugung, daß auch lokalisierte, chronisch-entzündliche Erkrankungen der Vorsteherdrüse und der Samenblasen reine Nieren- und Harnleitersymptome hervorrufen können. In diesen Fällen sind bemerkenswerte Veränderungen an den oberen Harnwegen nicht nachzuweisen. Die Ätiologie ist folgende: Die chronischen Adnexentzündungen bedingen eine Harnstauung im Harnleiter und in den oberen Harnwegen. Durch diese Harnstauung ist die Disposition zur Infektion gegeben, wobei die Infektionskeime auf dem Wege über die Lymphbahnen — da sie von den Adnexen kommenden mit denen der Nierenhüllen und der Harnleiter kommunizieren — in die Nierenhüllen gelangen, so daß es zum Nierenkarbunkel kommt. Die Ausbreitung geht also entweder auf hämatogenem oder lymphogenem aszendierendem Wege von den männlichen Adnexen aus, wobei die intrakanalikuläre Infektion kaum eine Rolle spielt. Da aber die lymphogene aszendierende Infektion von den Adnexen mit einer perikanalikulären Entzündung am vesikalen Harnleiterende beginnt, wo sich meist die ersten Erscheinungen trotzdem zeigen und dann der Harnleiterwand entlang fortschreitet, so findet man mitunter an dieser Ureterenöffnung doch Veränderungen, die zystoskopisch nachzuweisen sind. Für den Dermatologen und Urologen wichtig ist die Tatsache, daß bei Klagen über Nierenschmerzen eine gründliche Untersuchung der Adnexe unbedingt erforderlich ist, andererseits aber auch bei diagnostizierter Entzündung der Adnexe bei Auftreten von Schmerzen in der Nierengegend mit einer metastatischen Entzündung in den Nieren zu rechnen ist.

A. Rosenburg-Mannheim.

Heckenbach u. Jacoby-Berlin: Über die Behandlung chronischer Entzündungen der Harnwege mit Alkorzin unter besonderer Berücksichtigung der männlichen Adnexerkrankungen. (Urol. Abt. d. St. Hedwig-Krankenh.) Zschr. urol. Chir., Bd. 27, H. 4/6, S. 424.

Angeregt durch die günstigen Resultate des amerikanischen Hexylresorcinpräparates Kaprokol, haben die Autoren ein chemisch noch reineres Hexylresorcinpräparat, das Alkorzin, in den Handel gebracht, das außerdem den Vorteil wesentlich billiger wie das amerikanische Mittel zu sein. Es hat sich gezeigt, daß Alkorzin ein gutes Harndesinfizens ist und besonders chronische Adnexerkrankungen sehr günstig beeinflußt, wenn man gleichzeitig eine Diathermiebehandlung durchführt und intravenös Jodnatrium gibt. Sowohl gegenüber den Stäbchen wie gegenüber den Kokken der chronischen Entzündungen des Harntraktus hat sich das Mittel als bakterizid erwiesen. Über das Verhalten des Mittels Gonokokken gegenüber sind die Untersuchungen noch nicht abgeschlossen. Da es zu keinerlei Komplikationen bei hochgradigen Dosen kommt, so verlangt Verf. 3mal 3—4 Kapseln täglich, und zu-

Digitized by Google

nach der Mahlzeit auf den vollen Magen. Zu vermeiden ist eine starke Verdünnung des Urins durch forcierte Wasserzufuhr wie auch Darreichung von Natriumbikarbonat.
A. Rosenburg-Mannheim.

Wildbolz, H.-Bern: Chronische Epididymitis ohne Tuberkel. Zschr. f. urol. Chir., Bd. 28, H. 4/5, S. 469.

Verf. kommt zur Ansicht, daß ein großer Teil der Fälle, bei denen Bazillennachweis nicht gelingt, dennoch tuberkulös sind. Selbst Fälle, bei denen der Bazillennachweis auch im Gewebe nicht gelingt, glaubt Verf. doch als tuberkulös ansehen zu müssen, besonders wenn das Allgemeinbefinden des Pat. denselben tuberkuloseverdächtig macht. Der Palpationsbefund kann die Diagnose nicht entscheiden, da überhaupt die klinische Unterscheidung schwer, häufig unmöglich ist. Es wurde deshalb empfohlen, durch eine Probeexzision aus dem Nebenhoden sich zu überzeugen, ob wirklich eine Tuberkuloseerkrankung vorliegt. Verf. lehnt diesen Vorschlag ab, da die Probeexzision meist auch keine Klarheit bringt, sie kann dem Pat. nur schaden, da sie zur weiteren Ausbreitung der Tuberkulose führen kann. Es ist deshalb nach Verf. besser, den erkrankten Nebenhoden operativ wegzunehmen, selbst wenn mitunter ein nicht tuberkulös, aber chronisch erkrankter Nebenhoden entfernt wird, der ja doch für die Spermatozoen undurchgängig ist. Bei frühzeitiger Entfernung des Nebenhodens kann der Hoden unter Umständen gerettet werden, während er bei längerem Bestehen der tuberkulösen Erkrankung fast immer mitgeschädigt wird.
A. Rosenburg-Mannheim.

Greenberg, G., u. M. Greenwald-New York: Epididymitis Associated with Typhoid (Epididymitis bei Thyphus). J. Am. m. Ass., Bd. 92, Nr. 12, S. 983.

Verf. beschreibt einen Fall von Epididymitis, die er auf hämatogene Verschleppung von Typhusbazillen aus der erkrankten Gallenblase zurückführt.
P. Seier-Heidelberg.

Campbell, M. F.: Suppurative Epididymitis in Infancy (Abszedierende Epididymitis bei einem Kinde). Am. J. Child. Dis., 1929, Bd. 38, Nr. 4. S. 794.

Epididymitis im Kindesalter ist selten; wie gewöhnlich hatte sich die Erkrankung an eine Entzündung der Prostata und Samenblase angeschlossen, die auf einer von einer Angina ausgehenden Streptokokkeninfektion beruhte. Die rektale Untersuchung darf nie übersehen werden. Behandlung: Inzision und Exstirpation des vereiterten Hodens und Nebenhodens.
E. Levin-Berlin.

Brandes, K.-Göttingen: Die Behandlung der Nebenhodentuberkulose mit Operation und Röntgenbestrahlung (Auf Grund von 60 Fällen von Nebenhodentuberkulose). (Chir. Univ.-Kl.) Bruns' Beitr., Bd. 147, H. 3, S. 467.

Bei der operativen Behandlung der Nebenhodentuberkulose scheinen die Erfolge mit Epididymektomie günstiger zu sein als mit Semikastration. Nach eigenen Untersuchungen von 44 mit Semikastration behandelten Fällen ergaben sich als primär geheilt 58%, während der Rest sich einer Nachbehandlung unterziehen mußte, die bei 12% in einer zweiten Operation und in 30% in Nachbehandlung mit Röntgenstrahlen bestand. Rezidive der anderen Seite in 30%. Für die Bestrahlung der Nebenhodentuberkulose wird eine möglichst schwache Dosierung bis zu 15% HED als Herddosis in kürzeren Abständen empfohlen, wobei Prostata und Samenblasen in die Bestrahlung mit einzubeziehen sind. Die Bestrahlung wurde als Nachbestrahlung und als Primärbestrahlung vorgenommen. Auch bei den wenigen Fällen primärer Bestrahlung bei einseitigen Prozessen waren die Erfolge günstig (in 6 von 8 Fällen klinische Ausheilung), während die Zahl der doppelseitigen Fälle zu gering war, um ein eigenes Urteil abzugeben. Irgend eine Strahlenschädigung konnte nicht beobachtet werden; in keinem Falle, selbst nicht bei den doppelseitig operierten oder nachbestrahlten, war die Libido und Potenz stärker gestört. Wegen des raschen Übergreifens des Krankheitsprozesses auf den Hoden ist möglichst frühzeitige Behandlung angezeigt, die bei einseitiger Nebenhodentuberkulose in günstig gelegenen Fällen in einer Primärbestrahlung bestehen kann. Ist eine Operation angezeigt, so ist unbedingt nach jedem operativen Eingriff eine prophylaktische Nachbestrahlung anzuschließen; ferner ist die Röntgenbestrahlung bei postoperativen Fisteln und Rezidiven der anderen Seite am Platze.
B. Peiser-Berlin.

Desjardins, A., F. H. Squire u. S. A. Morton: Radiotherapie for Tumors of the Testis (Strahlenbehandlung von Hodentumoren). J. Am. Roentgenol., Bd. 22, Nr. 2, S. 137.

Die Mitteilung beruht auf Erfahrungen der Mayo-Klinik an 101 Hodentumoren.

Digitized by Google

Etwa ein Drittel waren Seminome oder — nach der Ewingschen Nomenklatur — embryonale Karzinome, die übrigen mehr oder weniger differenzierte terratoide Geschwülste. Sie traten in der Mehrzahl zwischen dem 20. und 40. Lebensjahre auf, bei den Seminomen durchschnittlich etwas später als bei terratoiden Mischgeschwülsten. Während Seminome außerordentlich radiosensibel sind, sprechen die terratoiden Mischgeschwülste nur wenig auf Bestrahlung an. In beiden Fällen fällt die Behandlung bei der intraabdominellen Ausbreitung der Drüsenmetastasen und der Schwierigkeit ihrer operablen Entfernung allein der Strahlentherapie zu, während die leichter zugänglichen Primärtumoren operativ entfernt werden. Von Bedeutung ist die Verbreitung gegen die linke Subklavikulargegend hin. Mit dieser Behandlung gelingt es bei den seminomen Fällen meistens, für eine Reihe von Jahren Symptomfreiheit zu erzielen. Holthusen-Hamburg.

Hubert, R.-Greifswald: Zur Frage der einseitigen Röntgenkastration. (Univ.-Frauenkl.) Strahlenther., Bd. 32, Nr. 7, S. 303.

Verf. hält auf Grund seiner Erfahrungen die einseitige Röntgenkastration bei Menorrhagien und Pubertätsblutungen für kontraindiziert. Bei präklimakterischen Blutungen empfiehlt sich zunächst die einseitige Sterilisierung, da häufig nach dieser schon Sistieren der bedrohlichen Blutungen und Wiedereintritt geregelter Menstruationstätigkeit beobachtet wurden. Die Fehlschläge sind wohl größer als bei der doppelseitigen Kastration, indessen kann man diese Fehlschläge durch Bestrahlen auch des zweiten Eierstockes leicht wieder ausgleichen. E. Kottmaier-Mainz.

Gragert, O.-Greifswald: Zur Frage der doppelseitigen Röntgenkastration. (Univ.-Frauenkl.) Strahlenther., Bd. 32, H. 7, S. 293.

Verf. hat in praktisch 100% seiner Fälle durch die doppelseitige Kastration die gewünschte Daueramenorrhoe erreicht. Dies Resultat scheint an die schematische Verabfolgung der Kastrationsdosis von Seitz und Wintz nicht gebunden zu sein. Durch die „Dosierung nach Alter" (Gauss und Kadisch) lassen sich gleiche Erfolge erzielen, nur muß bemerkt werden, daß die Röntgenempfindlichkeit des Ovarialgewebes nicht nur vom Alter der Patientin, sondern auch von ihrer Gesamtkonstitution abhängt. Verf. findet, daß die Erscheinungen der artifiziellen Röntgenklimax stürmischer sind als die der physiologischen. E. Kottmaier-Mainz.

David, Ch.: L'hémospermie (Blut im Samen). J. de Méd. de Paris, 1929, Nr. 17, S. 360.

Absonderung von Blut im Samen kann durch Affektionen der Prostata oder häufiger der Samenblasen bedingt sein. Die Entzündung der Samenblasen ist tuberkulöser oder blennorrhoischer Natur oder auch durch banale Keime bedingt, die von intestinalen Infektionen stammen. Bimanuelle Massage führt gewöhnlich schnell zum Schwinden der Blutbeimengung; außerdem eventuell Autovakzine.

E. Levin-Berlin.

Ebner, E.-Wien: Zur Klinik und Therapie der idiopathischen Varikozele. (II. Chir. Kl.) D. Zschr. f. Chir., Bd. 219, H. 1/5, S. 148.

Auf Grund eigener Untersuchungen und der Literaturangaben berichtet Verf. ausführlich über die Anatomie, Histologie und Klinik der Varikozele, wobei er betont, daß sich die Varikozele gehäuft bei Männern in stehenden und schwerarbeitenden Berufen findet. In leichteren Fällen kann man mit relativ harmlosen Methoden die Beschwerden beseitigen, bei schwereren ist eine Operation nicht zu umgehen. Verf. gibt ein neues, in der Hocheneggschen Klinik bewährtes Operationsverfahren zur weiteren Nachprüfung an. Besonders wird darauf hingewiesen, daß die Venenresektion für das spätere Schicksal des Hodens nicht ohne Bedeutung ist.

E. Langer-Berlin.

Kerschner, F.-Prag: Ein Fall von Angiomyxom des Samenstranges. (Pitha-Chir. Univ.-Kl.) M. Kl., 1929, Nr. 34, S. 1323.

Myxome des Samenstranges sind unter den an und für sich schon seltenen Tumoren des Samenstranges am seltensten. Bei einem 61jähr. Pat. fand sich eine übergänseigroße, ovoide Geschwulst, die aus drei voneinander vollkommen getrennten Tumoren bestand, die sich histologisch als 2 Lipome und ein Angiomyxom mit reichlicher Gefäßneubildung erwiesen. Die Annahme eines myxoplastischen Sarkoms erschien trotz gewisser Zellatypien nicht gerechtfertigt. E. Levin-Berlin.

Sorour, M. F.: Chronic Parasitic Funiculitis in Egypt (Chronische parasitäre Funikulitis in Ägypten). Lancet, 1929, Nr. 5536, S. 708.

Verf. beobachtete häufig chronisch entzündliche, haselnuß- bis taubeneigroße

Digitized by Google

schmerzlose Knoten im Samenstrang, in denen er Filaria bzw. Bilharzia als Erreger feststellte. Bei den ersteren fand er ein chronisch fibröses Gewebe mit einer hochgradigen eosinophilen Zellinfiltration, mit Blutgefäßen, deren Wand verdickt und deren Lumen verengt oder durch organisierte Thromben verschlossen war. Die Filarien fanden sich in breiten Lymphgefäßen, umgeben von einem Zellinfiltrat aus Endothelien, polynukleären Leukozyten und Eosinophilen. Es fanden sich sowohl ausgewachsene Würmer sowie Embryonen darin. Damit ist zum erstenmal eine chronische, durch Filaria hervorgerufene Funikulitis in Ägypten nachgewiesen. Bei Bilharziafunikulitis fanden sich Eier, eingebettet in runde, ovale oder strangförmige, harte, fibröse Tumoren, die sich leicht aus dem umgebenden Gewebe herausschälen lassen. Es sind dies kleine tuberkelartige Gebilde, die bei frischen Herden im Zentrum 1 oder 2 Bilharziaeier enthalten, umgeben von großen Riesenzellen und einem äußeren Rand von Epitheloid- (Endotheloid-) Zellen. Letztere sind in älteren Herden durch hyalines Gewebe ersetzt, wobei schließlich die zentral gelegenen Eier verkalken oder durch die Riesenzellen aufgelöst werden. In alten Herden sind die Eosinophilen geschwunden. P. Seier-Heidelberg.

Strominger, L.: Quelques considérations sur la pathogénie de l'hypertrophie prostatique et sur ses rapports avec les rétrécissements de l'urètre (Einige Betrachtungen über die Pathogenese der Prostatahypertrophie und ihre Beziehungen zu Harnröhrenstrikturen). Presse méd., 1929, Nr. 75, S. 1217.

Merkwürdigerweise findet man selten gleichzeitiges Vorkommen von Prostatahypertrophie und Harnröhrenstrikturen. Dies hängt nach Ansicht des Verf. damit zusammen, daß infolge von Entzündung der hinteren Harnröhre samt Anhangsgebilden die Vorbedingungen gewonnen werden, welche zur Entstehung einer Prostatahypertrophie führen. Die urethralen und suburethralen Drüsen der Posterior, die im Alter so oft infolge von adenomatöser Entartung zur sogenannten Prostatahypertrophie führen, veröden infolge der Entzündung und können dann nicht mehr wuchern. Nur wenn ein Teil der genannten Drüsen der Entzündung entgeht, kann dennoch Prostatahypertrophie entstehen. Ein Strikturkranker wird also selten Prostatahypertrophie bekommen; ein Prostatiker aber kann, wenn er eine Blennorrhoe erwirbt, sehr wohl eine Striktur bekommen. In letztgenannten Fällen kann es notwendig werden, daß sowohl die Prostata entfernt als die Striktur gedehnt werden muß, um die Passage frei zu bekommen. M. Kruspe-Dresden.

Ivanow, E. E.: Influence du liquide prostatique sur la respiration des spermatozoides (Einfluß des Prostatasaftes auf den Stoffwechsel der Spermatozoen). Compt. rend. Soc. Biol., Bd. 102, Nr. 28, S. 363.

Obwohl der Prostatasaft die Energie der Bewegungen der Spermatozoen bedeutend anregt, stellt er für diese doch nicht das günstigste Milieu dar, weil die wahrscheinlich mit Stoffwechselvorgängen zusammenhängenden übermäßigen Bewegungen sehr schnell zu einer Erschöpfung und zum Aufhören der Bewegungen führen. Der aufgekochte Prostatasaft hat diese spezifischen Eigenschaften nicht und verhält sich wie physiologische Kochsalzlösung. Bei Stoffwechselversuchen mit Hundespermatozoen in dem Warburgschen Respirationsapparat zeigte sich die Kurve der Sauerstoffabsorption durch die Spermatozoen in aufgekochtem Prostatasaft in einer fast horizontalen Linie, während sie in natürlichem Prostatasaft während der ersten 10—15 Minuten ihr Maximum erreicht, um dann rapide abzufallen. Die Verminderung der Sauerstoffabsorption geht der Verminderung der Zahl der Spermatozoen mit energischen Bewegungen und der Zunahme der Zahl der unbeweglichen parallel. E. Levin-Berlin.

Kausch, H.-Mannheim: Die Prostatahypertrophie. (Path. Inst. d. Städt. Krankenanstalten.) Zschr. f. Path., Frankfurt, Bd. 38, H. 3, S. 333.

Ausgedehnte Untersuchungen, die die Theorie Loeschckes stützen, nach der die Prostatahypertrophie eine kompensatorische Hypertrophie der „Innendrüse" bei arteriosklerotisch bedingter Atrophie der „Außendrüse" darstellt. Innen- und Außendrüse sind durch Züge glatter Muskulatur scharf voneinander getrennt. Der bei Prostatahypertrophie kapselartig abgeplattete Teil ist nicht, wie Simmonds meinte, die ganze Drüse, sondern nur die Außendrüse; beide Teile haben eine gesonderte Gefäßversorgung: die Außendrüse von der A. prostat. ext., die Innendrüse von der A. prostat. int. Zwischen beiden bestehen keine Anastomosen, wohl aber zwischen letzterer und der A. vesico-urethralis. Die durch die doppelte Gefäßversorgung schon an sich besser gestellte Innendrüse wird überdies durch die umgebende Muskellage

Digitized by Google

massiert, so daß sie viel seltener an Atherosklerose erkrankt als die Außendrüse. Außer der Außendrüsenatrophie muß für das Zustandekommen noch ein „Funktionsreiz" gefordert werden, diesen erblickt Verf. in der hormonalen Tätigkeit der Hoden, und dementsprechend konnte er nachweisen, daß bei Prostatahypertrophie der Hoden funktionstüchtig ist (aus dem Befund am Epithel geschlossen). Späteres Schwinden dieses Funktionsreizes führt zu Rückbildung und Vernarbung an der hypertrophischen Prostata. Schließlich hat Verf. an Plattenmodellen, graphischen Rekonstruktionen und Projektionen den Bau der Knoten sorgfältig studiert und kann zeigen, daß der Aufbau durchaus dem der gesunden Prostata entspricht, insbesondere, daß jeder Einzelknoten Anschluß an das Ausführungsgangsystem besitzt, womit bewiesen ist, daß es sich um eine echte Hypertrophie und nicht um Adenombildung handelt. F. Wohlwill-Hamburg.

Stutzin, J. J.-Berlin: Die Blasenentleerung bei Prostatikern. (Urol. Abt. d. Kaiserin-Auguste-Viktoria-Krankenhaus.) Med. Welt, 1929, Nr. 43. S. 1550.

Unter kurzer Schilderung des Krankheitsbildes weist Verf. nachdrücklich auf die Forderung hin, bei akutbedrohlicher Harnretention die Blase nur langsam zu entleeren. Man kann beispielsweise stündlich 250—300 ccm entnehmen oder einen ganz dünnen Dauerkatheter einlegen und langsam abtropfen lassen, ebenso die Blase durch Kapillarpunktion entleeren. H. Ress-Dessau.

Nieren, Ureteren, Harn

Rubritius, H.: Pyelitis und Pyelonephritis. W. kl. W., 1929, Nr. 36. S. 1167.

Die in der Mehrzahl der Fälle durch Bact. coli verursachten Pyelitiden behandelt Verf. mit den üblichen Harnantiseptizis, wobei er gern nach anfänglicher Ansäuerung des Urins einen plötzlichen Alkaliumschwung hervorruft. Gute Erfolge erzielt Verf. im Gegensatz zur Vakzinbehandlung durch lokale Nierenbeckenspülung mit einem für den Fall passenden Bakteriophagen oder Lysin. Diese Methode ist nur da anzuwenden, wo eine größere Menge Kolilysine vorrätig gehalten werden kann. Unter 67 Stämmen waren 62% lysosensibel, der Rest resistent. Die Feststellung der Lysosensibilität erfordert genaueste Laboratoriumstechnik. Von dem betreffenden Lysin wurden 4—8 ccm in das Nierenbecken eingebracht. Die meisten so behandelten Fälle wurden nach einer Injektion steril. Die Pyelonephritis und die von dieser scharf zu trennende hämatogene eitrige Nephritis müssen bei vergeblicher konservativer Behandlung frühzeitig der Operation (Dekapsulation resp. Nephrotomie) zugeführt werden. H. Colman-Berlin.

Wilson, I. R., u. O. M. Schloss-New York: Pathology of So-Called Acute Pyelitis in Infants (Pathologie der sogenannten akuten Pyelitis). Am. J. Child. Dis. 1929, Bd. 38, Nr. 2, S. 227.

Der Häufigkeit, mit der bei Kindern wegen Fiebers und starken Eitergehalts des Harns die Diagnose auf Pyelitis gestellt wird, entsprechen die Sektionsbefunde nicht. Viel häufiger fanden sich entzündliche Herde im interstitiellen Nierengewebe, die die pathologische Grundlage der Pyurie zu sein scheinen. Doch können hierzu, wenn auch seltener, auch andere Ursachen führen (kongenitale Anomalien, Steine). E. Levin-Berlin.

Tagesgeschichtliche Nachrichten

Am 1. Juni findet in Dresden ein sozialhygienischer Tag statt; hierbei hält Geh. Rat Prof. Jadassohn-Breslau einen Vortrag über Syphilisrückgang.

Die Fritz-Schaudinn-Medaille wurde Prof. Reichenow (Tropeninstitut Hamburg), Hartmann-Berlin und d'Hérelle-Paris verliehen.

Geh. Rat Prof. K. Herxheimer-Frankfurt a. M., der am 1. X. 1929 von seinem Lehramt zurückgetreten ist, wird auch im Sommersemester 1930 lesen.

Gestorben: Prof. Karl Leiner, Primararzt des Mautner-Markhof-Kinderspitals in Wien. R.

Nachdruck (auch des Abschnittes „Tagesg. Nachr.") ist ohne Genehmigung des Verlages nicht erlaubt

Verantwortlich für die Redaktion: für Originalabhandlungen und T. N.: Prof. Dr. J. H. Kraus, Leipzig. Für den Referatenteil: Dr. Fritz Callomon, Dessau

Digitized by Google

Dermatologische Wochenschrift

Nr. 22 (Bd. 90) 31. Mai 1930

Aus der Hautabteilung der Poliklinik der jüdischen Arbeiter-Kranken-Kasse „Kupath-Cholim“ in Tel-Aviv, Palästina

Feigenbaumdermatitis

Von

Dr. Chaim Berlin, Leiter der Abteilung

In einer umfangreichen Arbeit über „Die Hauterkrankungen durch Pflanzen und Pflanzenprodukte“ zählt Touton im speziellen Teil in alphabetischer Reihenfolge eine große Menge von Pflanzen auf, die Hauterkrankungen hervorrufen. In dieser Aufzählung, die etwa 200 verschiedene Pflanzen, darunter auch viele tropische und subtropische enthält, ist der Feigenbaum nicht erwähnt. Auch die monographische Arbeit von James C. White, „Dermatitis venenata“, erwähnt den Feigenbaum nicht. Ich halte es daher für angebracht, über eine hier in Palästina in den Sommermonaten häufig vorkommende Dermatose zu berichten, die durch den Feigenbaum hervorgerufen wird und über die ich keine Literaturangaben gefunden habe.

Die dermatologische Abteilung der Poliklinik wird Ende des Sommers häufig von Kindern im Alter von 6—12 Jahren, meistens Knaben, mit folgender, ziemlich charakteristischen Dermatose aufgesucht.

An den noch weiter zu besprechenden Prädilokationsstellen sieht man meist zahlreiche kleinere und größere Blasen mit oder ohne entzündlichen Hof, auf normaler oder ödematöser Haut aufsitzend. Die Größe der Blasen variiert von Stecknadelkopf- bis Bohnengröße. Einige Blasen konfluieren bis zu Haselnußgröße. Manche Stellen der befallenen Partien wirken wie dicht mit Sagokörnern bestreut. Die Blasen sind anfangs durchsichtig, mit wasserklarer seröser Flüssigkeit gefüllt. Nach einigen Tagen resorbiert sich der Inhalt der kleineren Bläschen, und die Oberhaut schuppt sich leicht ab. Die größeren Blasen bersten. Nachdem die Krankheit einige Tage bestanden hat, ändert sich das Bild: der Inhalt der noch nicht geplatzten größeren Blasen vereitert, und sie verwandeln sich in Pusteln, welche häufig als Impetigenes imponieren. Da die Dermatose durch ein heftiges Jucken ausgezeichnet ist, kommen noch verschiedene Kratzeffekte hinzu, die das Bild noch bunter gestalten. Auch die von den Kratzeffekten verursachten Streifen tragen vielfach Bläschen. Der Ausschlag, sich selbst verlassen, heilt für gewöhnlich in einigen Wochen, häufig unter Zurücklassung von Pigmentierungen, die monatelang dauern. In anderen Fällen unterhält die hinzugekommene sekundäre Infektion eine länger andauernde Pyodermie.

Digitized by Google

Von diesem ziemlich charakteristischen Bilde gibt es Abweichungen. Manchmal kommt es nicht zu Blasenbildungen, es bestehen eine leichte Rötung der Haut, urtikarielle Papeln und verschiedene Kratzeffekte. In selteneren Fällen sind die Erscheinungen sehr stürmisch. Die befallenen Partien, besonders die Hände, schwellen stark an, die Finger sind fast um das Doppelte verdickt, die Blasen sind zahlreich und groß.

Subjektiv besteht Jucken und Brennen. Das allgemeine Befinden leidet für gewöhnlich nicht, es besteht kein Fieber, nur in den Fällen mit stärkerer sekundärer Eiterung kam es in manchen Fällen zu leichter Temperaturerhöhung.

Die Lokalisation ist sehr typisch. Befallen werden prinzipiell nur die unbedeckten Körperstellen, fast ausschließlich die oberen und unteren Extremitäten, gelegentlich auch die Umgebung des Mundes. Fast in allen Fällen sind die Hände ergriffen. Die Verteilung der Effloreszenzen an den Extremitäten ist für gewöhnlich derart, daß sie proximalwärts abnehmen. Die meisten Blasen sind an den Händen zu sehen, dort konfluieren sie auch häufig, an den Unterarmen bzw. Unterschenkeln sind sie seltener und häufig in Streifen angeordnet, an den Oberarmen und Oberschenkeln sieht man nur vereinzelte Effloreszenzen.

Es handelt sich demnach um eine akut verlaufende, durch mehr oder weniger starkes Jucken ausgezeichnete, auf typische Körperstellen beschränkte, im wesentlichen aus Bläschen bestehende Dermatose. Eine sekundäre Pyodermie, sekundäre Kratzeffekte, die häufig in Form von Streifen und Bläschen angeordnet sind, gesellen sich hinzu. Eine Hyperpigmentation bleibt in der Regel für längere Zeit.

Differentialdiagnostisch kommt in erster Linie die Dyshidrosis in Frage, besonders da sie in Palästina sehr verbreitet ist. Die Dyshidrosis ist aber eine Erkrankung des mittleren Alters, kommt meiner Erfahrung nach bei Kindern äußerst selten vor. Ferner lokalisiert sich die Dyshidrosis sive Cheiropompholix an den Händen und Füßen, kommt aber an den Beinen und Armen, geschweige im Gesicht nicht vor. Außerdem neigt die Dyshidrosis häufig zu hartnäckigen, durch Chronizität sich auszeichnenden Ekzemen (Eczema dyshidroticum). Zweitens käme differentialdiagnostisch die von Dostrowsky hier studierte und unter dem Namen Urticaria multiformis externa beschriebene Krankheit in Frage, weil sie auch in den Sommermonaten auftritt, an den Extremitäten lokalisiert ist, gelegentlich Bläscheneruptionen hervorruft und sekundäre Pyodermien aufweist. Diese, hier in gewissen Gegenden als „Charara" bezeichnete Dermatose entsteht durch Phlebotomenbisse, hat demnach durchaus den Charakter einer Urtikaria mit typischen Quaddeln (im Anfang) und Papeln; die Bläschen sind nur gelegentlich anzutreffen. Die mitunter zahlreich vorhandenen Kratzeffekte und Pyodermien geben, besonders wenn die Patienten nach der Blaseneruption zum Arzt kommen, Anlaß, die Affektion mit einer etwas vernachlässigten Skabies zu verwechseln, insbesonders weil die Dermatose häufig bei Geschwistern anzutreffen ist. Es kam auch häufig vor, daß die Dermatose als Skabies diagnostiziert wurde. Man achte auf das Fehlen der Milbengänge, auf das Freibleiben der sonst für die Skabies charakteristischen Stellen und auf das gelegentliche Ver-

Digitized by Google

kommen in der Umgebung des Mundes. Die Dermatitis herpetiformis, mit der unsere Dermatose manchmal eine Ähnlichkeit hat, wird leicht auszuschließen sein wegen der ausgesprochenen Lokalisation unserer Dermatose und wegen ihres akuten und gutartigen Verlaufes.

Die genaue Forschung nach der Ursache dieser Dermatose, die übrigens durchaus den Charakter einer artifiziellen Dermatitis hat, ergab sehr bald, daß die Kinder kurze Zeit vor Auftreten des Ausschlages in Berührung mit einem Feigenbaum gekommen waren. Der in Palästina heimische, subtropische Feigenbaum (Ficus carica) besitzt einen klebrigen, milchigen Saft, kurz Milchsaft genannt, der sich in den Stengeln, Blättern und auch an den frischen, besonders unreifen, Früchten befindet. Beim Pflücken fließen aus den Bruchstellen einige Tropfen dieses Saftes ab; besonders die nicht reifen Früchte enthalten ihn in großer Menge. Daher ist es auch zu erklären, daß wir den Ausschlag auch in der Gegend des Mundes antreffen. Die Lokalisation an den Füßen und Unterschenkeln ist dadurch zu erklären, daß die Kinder barfuß auf die Bäume klettern und mit den Füßen dabei vielfach die kleineren Zweige und Blätter abbrechen, so daß der klebrige Milchsaft mit den genannten Körperstellen in Berührung kommt. In einigen Büchern über tropische Agrikultur fand ich auch Warnungen für die Pflücker der Feigen; man rät ihnen, sich genau vorzusehen, eventuell Handschuhe zu tragen, da der Milchsaft Wunden hervorruft.

Die Überempfindlichkeit gegen den Milchsaft scheint mir ziemlich verbreitet zu sein. Ich hatte Gelegenheit, in unserer Stadt Plätze aufzusuchen, wo der Feigenbaum wild wächst. Sie bilden einen Anziehungspunkt für die Kinder der Umgebung. Es gelang mir, an Ort und Stelle Kinder zu untersuchen, die Zeichen einer bestehenden oder abgelaufenen Dermatose zeigten. Ich lernte dabei, daß es neben dem anfänglich geschilderten Bilde auch mehr flüchtige Ausschläge gibt, wie leichte Erythemflecke, urtikarielle Papeln, die schnell vorübergehen und nicht in ärztliche Behandlung kommen. Auch Erwachsene, wenn auch in geringerem Maße, sind dieser Erkrankung ausgesetzt; nur kommt es bei ihnen nicht zu so ausgebildeten Erkrankungen, da sie sich vor dem Milchsaft schützen.

Ich hatte an drei Personen, darunter an mir selbst den Milchsaft auf die Haut versuchsweise verrieben, bei zweien fiel der Versuch negativ aus, ich selbst bekam an der Mitte des linken Unterarmes am 1. Tage einen Erythemfleck, nach 48 Stunden eine Gruppe von durchsichtigen kleineren Bläschen, die nach weiteren 6 Stunden zu einer bohnengroßen Blase konfluierten, die das Aussehen einer Verbrennungsblase hatte. Subjektiv bestand leichtes Brennen und Hitzegefühl.

Eine erworbene Immunität gegen diese Dermatose scheint nicht zu bestehen. Die Patienten berichten vielfach, daß sie jedesmal, wenn sie mit dem Saft in Berührung kommen, Hautausschläge bekommen. Auch kenne ich Patienten, die mich bereits das 3. Jahr wegen dieser Dermatose aufsuchen.

Wie auch sonst bei den durch Pflanzen hervorgerufenen Dermatosen, ist hier die Inkubationszeit 24—48 Stunden. Die Anamnese ist ziemlich eintönig: tagsüber Klettern auf den Feigenbaum, abends Jucken, das bisunter eine schlaflose Nacht hervorruft, morgens Bläschen, später verschiedenartige Wunden.

Digitized by Google

Anbei einige kurze Krankengeschichten zur Illustration des Gesagten.

1. Knabe, M. K., 9 Jahre alt, erscheint zum ersten Male am 23. VIII. 1929, einige Tage nachdem er auf einen Feigenbaum gestiegen war. Größere und kleinere Bläschen an Händen und Füßen, Vorderarmen und Unterschenkeln, auch in der Umgebung des Mundes. Diagnose: Feigenbaumdermatitis. Nach einer Woche einige Impetigines an Stelle der Bläschen. Therapie: Zinnobersalbe. Am 29. IX. 1929 erscheint Patient wieder mit einer neuen Bläscheneruption, 3 Tage nachdem er wieder auf einen Feigenbaum geklettert war. Verschiedene Hyperpigmentationen, von der ersten Affektion herrührend. Ähnliche Affektion auch beim Bruder.

2. Knabe Sch. F., 9 Jahre alt. 2 Tage nach dem Klettern auf den Feigenbaum erscheinen Bläschen. Befallen sind obere und untere Extremitäten in Form von kleineren und größeren Bläschen, die teilweise in Reihen angeordnet sind. Vielfach Kratzeffekte.

3. Ch. G., 6 Jahre alt. An den Ober- und Unterarmen verschieden große Streifen von Bläschen, auch streifenförmige Pigmentierungen.

4. Mädchen M. S., 9 Jahre alt. An den oberen und unteren Extremitäten disseminierte Bläschen, darunter einige geplatzte. Impetigo simplex, streifenförmige Pigmentierungen, eine Gruppe von Bläschen auch am Halse.

5. Knabe F. N., 7 Jahre alt. An den Händen und Unterarmen kleine Bläschen, meist in Reihen angeordnet, daneben Kratzeffekte. An dem Munde Dermatitis, an den Füßen Pyodermie.

6. Mädchen F. R., 8 Jahre alt. Oberhalb der Lippe eine Blase. Impetigines an den Extremitäten, zwischen den Fingern dyshidrotische Bläschen, daneben verschiedene Pigmentierungen. Die Affektion erinnert an Skabies. Nach eindringlichem Fragen gibt das Mädchen zu, daß es auf den Feigenbaum kletterte, um Feigen zu pflücken.

Was die strichförmige Anordnung der Bläschen, die vielfach zu beobachten ist, anbetrifft, so können sie dadurch erklärt werden, daß die Kinder beim Klettern auf den Bäumen sich an Zweigen schrammen, und der Milchsaft in die Wunden eindringt. Richtiger erscheint mir eine andere Erklärung, nämlich, daß das Kratzen nachher die reihenförmige Bläschengruppierung verursacht, denn ich kenne Patienten, die erst viel später, nachdem sie schon lange nicht mehr kletterten, die strichförmige Anordnung aufwiesen. Eine Analogie dazu kennen wir aus der Dermatologie, nämlich, daß bei einer Dermatose, die sich durch eine bestimmte Morphe auszeichnet, künstliche Reize eben dieselbe Morphe hervorrufen können. Darauf beruht z. B. das Nikolsky-Phänomen bei Pemphigus vulgaris. Ferner beobachten wir bei Lichen ruber planus strichförmig angeordnete, typische Lichen planus-Knötchen (Lichen striatus), von denen angenommen wird, daß sie durch das Kratzen provoziert sind.

Neuerdings wird angegeben, daß es bei Erythema exsudativum multiforme gelingt, durch künstliche Reizung der Haut die für die Dermatose charakteristischen Effloreszenzen hervorzurufen. Es ist daher nicht verwunderlich, daß ein ähnlicher Vorgang auch bei unserer Dermatose entsteht. Auf diese einfache Weise könnten meiner Ansicht nach die strichförmige Anordnung bei der bullösen Wiesenpflanzendermatitis der Badenden, die Siemens beschrieben hat, erklärt werden, da sich auch seine Dermatitis durch starkes Jucken auszeichnet.

Literatur

Touton, Die Hauterkrankungen durch Pflanzen und Pflanzenprodukte. Zbl. f. Haut- u. Geschlechtskrkh., Bd. 17, S. 713/782. — White, C. James, Dermatitis venenata. Boston 1887. — Pardo-Castello, Dermatitis venenata. A Study of the Tropical Plant Producing Dermatitis. Arch. of Derm., 1923, Bd. 7, S. 81. — Dostrowsky, Zum Wesen der „Harara". Arch. f. Schiffs- u. Tropenhyg., 1925, Bd. 29, S. 443. — H. W. Siemens, Über eine systematisierte bullöse Dermatitis durch Uferpflanzen. Derm. W., 1927, Bd. 85, S. 1577.

Digitized by Google

Aus der Abteilung für Hautkrankheiten der Graf Albert-Apponyi-Poliklinik in Budapest
(Vorstand: Prof. Dr. L. Török)

Nachweis eines allergischen Zustandes bei Herpes menstrualis

Von

Prof. Dr. H. Gébér und Dr. E. Rajka

Die unten zu beschreibenden Untersuchungen sind in doppelter Hinsicht von Bedeutung. Es ist uns gelungen 1. durch passive Übertragung der Überempfindlichkeit zu beweisen, daß bei der Entstehung des Herpes menstrualis die Allergie eine Rolle spielt, 2. durch intrakutane Injektion des Bläscheninhaltes im Intermenstruum an entfernt gelegener Hautstelle eine frische Herpeseruption hervorzurufen.

T. N., 49jähr. Frau, bekommt seit 15 Jahren jeden Monat entweder 2—3 Tage vor der regelmäßig einsetzenden, oder während der Menstruation, seltener 2—3 Tage nachher in der rechten Glutealfalte, stets an derselben Hautstelle, eine Herpeseruption, welche gewöhnlich in ein paar Tagen eintrocknet. Vor 4 Jahren links Salpyngophorektomie, rechts Salpyngektomie durchgemacht. Seit den Operationen hat sich die bisher 3—4 Tage dauernde, ausgiebige Blutung vermindert und zog sich in die Länge, der Herpesausschlag meldete sich aber trotzdem jeden Monat mit der Menstruation. Gegenwärtig seit 4 Monaten Menopause, während deren die Hauteruption auch weiterhin zyklisch, wie gewöhnlich, an der rechten Glutäenhälfte erschien. Der gegenwärtige Ausschlag besteht seit 3 Tagen. Seit 5 Jahren leidet sie auch an Rosazea, welche sich in den letzten 4—5 Monaten verschlimmerte.

Status: 29. X. 1928. In der rechten Glutealfalte Bläschen in Gruppen, auf stark hyperämisch-ödematösem Boden. 2. XI.: Die Menstruation blieb auch diesmal aus. 29. XII: Am 30. IX., nach einer Pause von 5 Monaten, trat die Menstruation wieder auf, welche mit geringer Blutung 5 Tage lang dauerte. Am 7. XII., nach Aufhören der Menstruation, erschien die Herpeseruption wieder an der gewohnten Stelle, in der rechten Glutealfalte. Blutentnahme (WR negativ). Der Inhalt der Bläschen wurde mit etwas steriler physiologischer Kochsalzlösung verrieben und in feine Glaskapillaren gezogen. Am 14. XII. wurden zur passiven Übertragung der Überempfindlichkeit, richtiger der Reagine, das Lehner-Rajkasche Kaninchenohrexperiment und die Prausnitz-Küstnersche Reaktion angestellt.

Kaninchenohrversuch: In das linke Ohr zweier junger Kaninchen wurde je 1 ccm Krankenserum, in das rechte Ohr dieselbe Menge normales Kontrollserum eingespritzt; nach 15 Minuten wurde in beide Ohren in die durch Serum hervorgerufene Anschwellung je 0,2 ccm Herpesemulsion, welches hier als Allergen fungierte, nachinjiziert.

15. XII.: Bei einem Kaninchen waren die durch Serum + Herpesemulsion verursachten Entzündungen an beiden Ohren gleich, der Versuch fiel also negativ aus. Beim anderen jungen Kaninchen zeigte das linke Ohr, welches mit Krankenserum beschickt wurde, in der Mitte des Ohres Tage hindurch eine Hyperämie und Ödem viel höheren Grades mit intensiverer umgebender Gefäßinjektion, als das mit Kontrollserum behandelte. Hier war demnach die Übertragung der Reagine gelungen.

Prausnitz-Küstnersche Reaktion: A. Der 1. Versuch wurde an der Kranken selbst, also mit Autoserum ausgeführt. 15. XII.: Am Rücken der Kranken wurde links 0,6 ccm Autoserum, rechts an symmetrischer Stelle dieselbe Menge Kontrollserum intrakutan injiziert. Nach einer Stunde waren an beiden Seruminjektionsstellen 15—20 mm große Quaddeln entstanden, in welche nun je 0,2 ccm Herpesemulsion (Allergen) injiziert wurde. Die Durchmesser der Quaddeln waren danach:

Digitized by Google

	Teststelle in mm	Kontrollstelle in mm
Sofortreaktion: Nach 10 Min.	22—23 straff, hyper. Hof verschwunden	18—24
„ 20 „	25—30 straff, hyper. Hof verschwunden	19—25
„ 30 „	25—30 straff, hyper. Hof verschwunden	19—25
Spätreaktion: „ 4 Tagen	10—13 starke Hyperämie u. Ödem	10—13

Die Prausnitz-Küstnersche Reaktion ist demnach insofern geglückt, als an Stelle des Reagin enthaltenden Krankenserums auf die Einwirkung des Allergens eine in stärkerer Quaddelbildung sich äußernde Sofortreaktion entstand, als an der Kontrollstelle.

Die Injektion der Herpesemulsion, welche im Laufe der Prausnitz-Küstnerschen Reaktion verabfolgt wurde, hatte aber noch eine andere interessante Folge. Bei der Kranken entstand nämlich noch am selben Tage an der linken Glutealgegend, welche vom Ausschlag bisher stets verschont blieb, in Begleitung von lebhaftem Kribbeln eine neue Herpeseruption, welche am 19. XII. eine von handtellergroßem, hyperämisch-ödematösem Hof umgebene typische Bläschengruppe bildete. Diese zweite Herpeseruption ist mit großer Wahrscheinlichkeit als eine durch die Injektion des Herpesallergens ausgelöste Reaktion zu betrachten, da sie unmittelbar nach der Injektion aufgetreten ist, an einer Stelle, an welcher die Kranke noch nie einen Herpesausschlag hatte, und zu einem Zeitpunkte: im Intermenstruum (während eines Monates das zweitemal), zu welchem die Kranke Herpes noch niemals beobachtet hatte. Seit dieser Zeit also, seit 10 Monaten, trat bei der Kranken keine Herpeseruption auf. Das experimentelle Auslösen eines Herpes bei Herpes menstrualis ist in unserem Falle das erstemal gelungen und zwar mit einer Herpesemulsion, also mit dem mutmaßlichen Allergen.

19. XII. Der Inhalt der Bläschen der zweiten Herpeseruption wurde in Glaskapillaren gezogen und mit etwas steriler NaCl-Lösung emulgiert.

B. Die folgende Prausnitz-Küstnersche Reaktion wurde mit mehreren, der Kranken halbstündlich entnommenen Blutseren ausgeführt. Lehner und Rajka konnten nämlich zeigen (siehe Über das Wesen der Allergie, Kl. W., 1929, Nr. 37), daß sich der Titer der Reagine im Blute je nachdem ändert, ob das Blut vor, oder gewisse Zeit nach der Applikation des Allergens entnommen wird. In dem Versuche am 19. XII. nahmen wir Blut zuerst vor Applikation des Allergens (Blut I), nachher wurde 0,1 ccm frische Herpesemulsion der Kranken intrakutan eingespritzt und 30 Min. (Blut II), bzw. 60 Min. später (Blut III) wieder Blut entnommen. Mit diesen 3 Blutseren führten wir nun die Prausnitz-Küstnersche Reaktion aus, und zwar bei der Kranken selbst und an zwei Kontrollpersonen (H. I., 18jähr., ♀ und D. T., 27jähr., ♀). Jede bekam in die Rückenhaut links je 0,1 ccm Krankenserum I, II, III und rechts dieselbe Menge Kontrollserum. Nach 15 Min., als die Größe der Serumquaddeln links 9—11 mm, die der Kontrollen rechts 10—12 mm war (die Kontrollquaddeln waren also anfangs etwas größer als die Krankenserumquaddeln!), injizierten wir in jede Quaddel 0,05—0,05 ccm frische Herpesemulsion. Das Resultat war wie die Tabelle auf S. 739 oben zeigt.

Die Prausnitz-Küstnersche Reaktion fiel bei allen drei Personen positiv aus, sie war aber bei der Kranken und bei D. T. besonders deutlich. Bei der Kranken verhielten sich die Sera I, II, III ungefähr gleich, bei D. T. gab Serum II die stärkste Reaktion, aber auch III rief eine stärkere Reaktion als I hervor; beide wurden nach der Allergenapplikation gewonnen. Bei H. I. ist die Übertragung eigentlich nur mit Serum III geglückt, die Quaddeln nach Injektion der Seren I und II waren mit denen des Kontrollserums gleich. In diesem Versuche enthielten also die $^1/_2$ Stunde bzw. 1 Stunde nach der Herpesemulsion-Injektion entnommenen Blutsera die meisten Reagine.

Die Spätreaktionen nach 24—48 Stunden zeigten untereinander keine Unterschiede, nur war es auffallend, daß, während bei den Kontrollpersonen nur eine einige Millimeter große, schwach hyperämisch-ödematöse Reaktion zu sehen war, bei der Kranken an Stelle der Injektionen ein tagelang bestehender, 8—10 mm großer, intensiver entzündlicher Herd, als Manifestation einer allergischen Hautreaktion, zu beobachten war.

Digitized by Google

	Bei der Kranken nach 10 Minuten	Bei der Kranken nach 20 Minuten	Bei H. L. nach 20 Minuten	Bei D. T. nach 20 Minuten
Serum I	11—16[1])	12—16	11—14	11—13
	10—15	5—15	0	8—15
Serum II	10—17	12—16	11—14	11—16
	5—10	5—10	0	8—15
Serum III	10—16	11—17	12—17	11—14
	5—10	5—5	0	8—15
Kontrollserum	10—13	10—14	10—15	10—13
	5—10	5—5	0	6—12
Herpesemulsion allein	9—12	10—13	8—11	10—12
	10—10	8—10	0	8—12

Die bei der Kranken zum zweiten Male ausgeführte Prausnitz-Küstnersche Reaktion rief keine neuere Herpeseruption hervor, d. h. der Bläscheninhalt des zweiten Herpesausschlages, welcher der Kranken intrakutan verabfolgt wurde, löste keine neuere Herpeseruption aus; ebenso blieben Einspritzungen des Serums, das von der Kranken während der Menstruation und im Intermenstruum gewonnen und in der Menge von 5—10 ccm wiederholt intravenös injiziert wurde, wirkungslos. Alle diese Injektionen vermochten keine Herpeseruption hervorzurufen. Wahrscheinlich lösten die wiederholten Bläscheninhalt- und Seruminjektionen bereits das Desensibilisierungsstadium aus, wofür außer den erwähnten mißglückten Provokationsinjektionen auch die Tatsache spricht, daß die am Ende Dezember erwartete Menstruation wieder ausblieb und diesmal — seit 15 Jahren das erstemal — auch der Herpesausschlag wegblieb. Wie erwähnt, trat die Herpeseruption seit dieser Zeit nicht wieder auf.

Am 20. XII. haben wir bei 2 Kontrollpersonen und bei 3 Kaninchen die passive Übertragung der Reagine wieder versucht, aber sowohl die Prausnitz-Küstnersche Reaktion, als der Lehner-Rajkasche Kaninchenohrversuch fiel negativ aus, obschon die eine Kontrollperson (D. T.) dieselbe war, bei der am Tage vorher die Übertragung geglückt war. Möglich, daß die mit der Verdünnung einhergehende Abschwächung des Herpesallergens (da wir sehr wenig Material hatten, waren wir genötigt die restliche ursprüngliche Emulsion etwa fünffach zu verdünnen) die Negativität der neueren Versuche verursachte. Die Komplementbindungsreaktion, mit der stärker verdünnten Emulsion als Antigen (in der Menge von 0.05—0.2 ccm) und mit dem inaktivierten Serum der Kranken als Ambozeptor ausgeführt, ergab ein negatives Resultat.

In einem Falle von Herpes menstrualis ist es demnach gelungen die im Blutstrom befindlichen Reagine passiv mit zwei Methoden (Prausnitz-Küstner und Lehner-Rajka) zu übertragen, woraus gefolgert werden kann, daß der Prozeß im allergischen Organismus abläuft. Bei der Kranken löste die Injektion des Herpesbläscheninhaltes im Intermenstruum eine frische Herpeseruption an einer von der Injektion entfernt gelegenen Stelle aus.

Gestützt auf die positiven Versuchsresultate im Herpes-menstrualis-Falle haben wir auch in anderen Herpesfällen, und zwar bei 3 Herpes zoster, bei 2 Herpes labialis, 2 Herpes menti und 1 Herpes progenitalis versucht mit ähnlicher Versuchsanordnung, d. h. mit passiver Übertragung nach Prausnitz-Küstner, Reaktionskörper nachzuweisen.

I. Herpes zoster: 1. V. S., 72jähr. ♂. Herpes zoster dorsalis I—III l. d. Übertragung auf sich selbst. 24. XII. 1929: Am Rücken links Autoserum, rechts Kontrollserum, je 0,1 ccm; ½ Stunde später Injektion von 0,04—0,04 ccm Zosterbläscheninhalt, als Allergen. Durchmesser der Quaddeln:

[1]) Die Zahlen im Zähler geben die Größe der Quaddeln, die Zahlen im Nenner die des hyperämischen Hofes in Millimetern an.

Digitized by Google

		Teststelle in mm	Kontrollstelle in mm
Sofortreaktion:	Nach 10 Min.	14—15	15—16
	„ 20 „	14—16	18—20
Spätreaktion:	„ 48 Std.	13—16 Hyperämie und Ödem	10—11
	„ 3 Tagen	12—15	10—10
	„ 4 „	12—13	10—10

Am 27. XII. Neuerliche Übertragung auf den Kranken. 0,1—0.1 ccm Auto- bzw Kontrollserum, $^1/_2$ St. später Injektion von je 0,05 ccm einer Emulsion, welche außer dem Bläscheninhalt auch die Bläschendeckel enthält.

		Teststelle in mm	Kontrollstelle in mm
Sofortreaktion:	Nach 20 Minuten	15—20	16—24
Spätreaktion:	„ 24 Stunden	20—20	18—20
	„ 4 Tagen	13—15	12—15

28. XII. Übertragung auf a) H. Kl., 19jähr., ♀ und b) St. I., 22jähr., ♀. Je 0,1 ccm Kranken- bzw. Kontrollserum, nach $^1/_2$ Stunde Injektion von je 0,05 ccm Bläschendeckelemulsion.

a) Die Quaddeln waren gleich groß.

		Teststelle in mm	Kontrollstelle in mm
b) Sofortreaktion:	Nach 10 Min.	12—15 straff	10—12
	„ 20 „	12—15 straff	10—12
Spätreaktion:	„ 24 Std.	11—17	10—14
	„ 3 Tagen	11—18	9—10

In diesem Zosterfalle ist die Übertragung sowohl der Reagine als der Dereagine[1]) gelungen, und zwar wurden im Kranken in den Sofortreaktionen Dereagine, in den Spätreaktionen Reagine nachgewiesen, wohingegen an normalen Testpersonen nur Reagine zum Vorschein kamen.

2. E. I., 42jähr. ♀. Herpes zoster cervical. VII—VIII. Übertragung, wie im Fall 1, auf zwei Testpersonen. Sofort- und Spätreaktionen waren alle gleich groß.

3. K. I., 52jähr. ♀. Herpes zoster cervical. VI—VII. Übertragung auf die Kranke.

4. I. 1929. 0,1—0.1 Auto- bzw. Kontrollserum, 3 Minuten später Blaseninhalt 0,05 ccm.

	Teststelle in mm	Kontrollstelle in mm
Sofortreaktion: Gleich groß		
Spätreaktion: Nach 24 Stunden	15—20 Hyperämie und Ödem	10—10

In zwei anderen Versuchen, bei welchen der Blaseninhalt 30 Minuten bis 24 Stunden nach der Seruminjektion appliziert wurde, ergaben sowohl die Sofortreaktionen als die Spätreaktionen negative Resultate. In diesem Falle gelang also bloß einmal die Übertragung der Reagine.

[1]) Unter Dereagine verstehen wir spezifische Reaktionskörper, welche die entzündliche allergische Reaktion abschwächen. Siehe L. und R., Über das Wesen der Allergie. Klin. Wschr., 1929.

Digitized by Google

II. Herpes progenitalis. H. L., 28jähr. ♂, bekommt öfters am Penisrücken Herpeseruptionen. Übertragung auf den Kranken mit Herpes-Bläscheninhalt als Allergen: Sofort- und Spätreaktion negativ.

III. Herpes labialis: 2 Fälle, Herpes menti: 2 Fälle. Übertragung wie bei Herpes zoster mit Blaseninhalt bei 8 Personen. Sofort- und Spätreaktionen stets negativ.

Die gelungenen Übertragungen bei Herpes zoster lassen die Folgerung zu, daß auch diese Erkrankung mit allergischen Veränderungen der Hautdecke einhergehen kann. Zur weiteren Klärung der Frage sind aber noch weitere Untersuchungen nötig.

Aus der Frauenabteilung für Haut- und Geschlechtskrankheiten des Allgemeinen Krankenhauses in Lwów (Lemberg) (Primarius: Prof. Dr. R. v. Leszczyński)

Die Behandlung der Hauttuberkulose mittels Jodlebertraninjektionen nach Jaczewski

Von

Dr. Oskar Blatt

Die rationelle Behandlung der Hauttuberkulose erfordert neben den lokalen Eingriffen energische Maßnahmen zur Hebung der Abwehrkräfte des Organismus. Das unlängst von Jaczewski (Przegl. dermat., 1928, Nr. 3) angegebene Verfahren scheint auch dieses Ziel zu erstreben und bietet einen wertvollen Beitrag zur Allgemeinbehandlung der tuberkulösen Hautaffektionen.

Noch vor dem Erscheinen der genannten Arbeit begannen wir, im Einverständnis mit dem Verfasser, Beobachtungen an unserem an Tbc. reichen Material zu sammeln. Das Heilverfahren nach Jaczewski beruht auf:

a) intramuskulären Injektionen von Jodlebertran (Ol. Jecor. asell. 20, Tinct. jodi 1, ne sterilisatur, 5 ccm je 14 Tage),

b) Tinct. jodi per os,

c) Ol. Jecor. asell. 2 Eßlöffel täglich,

d) Aqu. calc. 2 Eßlöffel täglich,

e) Bepinselung der Hautaffektionen mit Jodtinktur.

Der Autor hat mit dieser Methode, ohne irgend welche andere lokale Behandlung anzuwenden, ausgezeichnete Resultate erzielt. Jedoch beansprucht dieses Verfahren viele Monate des Spitalaufenthaltes. Aus diesem Grunde mußten wir von Anfang an die originelle Vorschrift modifizieren, und zwar insofern, daß wir die Joddarreichung (sub b) fortließen und auch statt Jodtinktur äußerlich (sub c) Lebertranverbände auf exulzerierte Herde applizierten. Jaczewski führt in seiner Arbeit die theoretischen Erwägungen an, die ihn zur obigen therapeutischen Zusammenstellung gebracht hatten. Er stützt sich auf die Prämissen aus der Biologie des Kochschen Bazillus, auf die Rolle der Lipasen, der Fette und des Kalziums im intermediären Stoffwechsel des infizierten Organismus. Was die Jodlebertraninjektion betrifft, so folgte Jaczewski dem Beispiel von Finnikow, welcher Knochen- und Gelenktuberkulose erfolgreich mit Einspritzungen von Jodolivenöl bekämpfte. Wenn Jaczewski Lebertran dem Olivenöl vorzieht, ist er mit der bekannten Tatsache im Einklang, daß Lebertran eine mehr spezifische Wirkung der Tuberkulose gegenüber entfaltet.

Digitized by Google

Lebertran wird zu Injektionen nicht sterilisiert, um seinen Vitamingehalt vollwertig zu erhalten. Der Jodzusatz dient eben zur Sterilisierung der Emulsion und soll auch eine stärkere lokale Reaktion mit Lymphozytose hervorrufen. Erwachsene Kranke bekommen 5—10 Injektionen in zweiwöchigen Intervallen.

Schon in den ersten Versuchen fiel uns eine frappante Regelmäßigkeit der Allgemeinreaktion bei Lupuskranken auf. Am Abend des 6. Tages nach der Injektion beginnt die Temperatur zu steigen, erreicht am 8. oder 9. Tag ihren Höhepunkt, um nachher lytisch, selten nur kritisch, zur Norm zurückzukehren. Diese Erscheinung tritt ausnahmslos bei allen Kranken auf und scheint das Essentielle der Lebertranwirkung zu bilden. Hand in Hand mit der Allgemeinreaktion geht auch die lokale Schwellung, Rötung und Schmerzhaftigkeit an der Injektionsstelle einher. Die lokale Reaktion konnte nicht immer festgestellt werden. Doch sahen wir hier und da eine unzweifelhafte Exazerbation in den Lupusherden. In manchen Fällen, worüber wir später berichten wollen, verläuft die Reaktion etwas anders. Uns ist aus der Literatur eine Beschreibung so regelmäßig verlaufender Reaktion nach mehrtägiger Latenz unbekannt, obzwar Lebertraninjektionen in der Dermatologie schon vorher angewandt wurden. So hat Cimoca bei Prurigo gravis Hebrae diese Methode mit vorübergehendem Erfolg versucht.

Unsere Beobachtungen umfassen 120 Fälle von Lupus vulgaris, 2 Fälle der Tuberculosis verrucosa cutis, 6 Fälle von disseminierten, papulonekrotischen Tuberkuliden und 5 Fälle von Erythema induratum Bazin, die teilweise mit anderen Tuberkuliden vergesellschaftet auftraten. Endlich haben wir das Verfahren von Jaczewski bei 5 Kranken mit Lupus erythematodes angewendet, bei welchen die nach Füllenbaum (Act. derm.-venereol., 1926, Bd. 7, Nr. 3) ausgeführten Untersuchungen die tuberkulöse Natur der Affektion bestätigten.

1. In der Mehrzahl der Fälle von Lupus vulgaris oder Skrofuloderma verlief die Reaktion in der typischen, oben beschriebenen Weise. Das Fieber begann am 6. Tag, erreichte am 8.—9. Tag seinen Höhepunkt und fiel in den folgenden Tagen langsam zur Norm herab. Außer Fieber und Mattigkeit war gewöhnlich eine lokale Reaktion in Form von einer Rötung und schmerzhaften Anschwellung an der Injektionsstelle wahrzunehmen. In einigen Fällen konnten wir auch eine Herdreaktion beobachten. Die Temperatur schwankte gewöhnlich zwischen 37,5—38,5° C, in seltenen Fällen stieg sie bis 40° C. Dies geschah bei Kranken mit sehr ausgedehnten und schweren Hautveränderungen, oder bei Komplikationen seitens der Lungen, der Hilusdrüsen oder der Gelenke. Bei solchen Kranken trat das Fieber manchmal schon am 2. Tage nach der Injektion auf und hielt länger als sonst an. Die Schmerzhaftigkeit an der Injektionsstelle wurde individuell stärker oder schwächer empfunden. Doch war sie fast nie so peinlich, daß wir schmerzlindernde Mittel anwenden mußten.

Die Behandlung von Lupuskranken ausschließlich nach Jaczewski erfordert nach Angabe des Verfassers einen mehrmonatigen Spitalaufenthalt. Da unsere Abteilung unter ständiger Überfüllung der Lupusheilstation leidet, mußten wir die originelle Lebertranmethode mit lokalen Eingriffen kombinieren, um die Behandlungszeit möglichst abzukürzen.

Digitized by Google

Wir sind somit nicht imstande, uns über den Einfluß dieser Methode allein, d. h. ohne Lokaleingriffe, bei Lupuskranken auszusprechen. Wir müssen aber den unverkennbaren, günstigen Einfluß der Methode von Jaczewski auf den Krankheitsverlauf hervorheben. Der Allgemeinzustand der Kranken wurde gebessert, die tuberkulösen Geschwüre wie auch die Operationswunden heilten glatt und rasch ab, die Rezidive traten seltener und spärlicher auf. So wollen wir auch der Behauptung des Verfassers beistimmen, daß die konsequente Behandlung nach seiner Methode zur völligen Heilung eines Lupus vulgaris führen kann.

2. Lokale Applikation von Lebertran bei tuberkulös exulzerierten Herden (Tuberculosis ulcerosa et colliquativa cutis) erwies sich als äußerst wirksam bei gleichzeitiger Allgemeinbehandlung nach Jaczewski. Auch andere Leiden tuberkulöser Genese, wie z. B. Poncetsche Polyarthritis, ließen sich durch diese Behandlung günstig beeinflussen. Als Illustration diene nachstehende Krankengeschichte:

17jährige Kranke S. Z. Lupus vulgaris faciei.
Arthritis chronica sicca tbc. (Poncet), Habitus phthisicus.
17. IV. 1929. Klagt über starke Schmerzen in Hand- und Fingergelenken und rechtem Hüftgelenk. Sämtliche Fingergelenke an beiden Händen geschwollen, in Kontrakturstellung.
18. IV. Injektion von 5 ccm der Jodlebertranemulsion.
20. IV. Frühtemperatur 38.5, nachmittags 39,4, starke Abgeschlagenheit.
25. IV. Schwellung der Fingergelenke sichtlich zurückgegangen, doch bestehen noch Kontrakturen, besonders am 3. und 4. Finger.
26. V. Schmerzen in den Fingern verschwunden, nur noch bei Wetteränderung.
1. VI. II. Injektion von 5 ccm Jodlebertran.
10. VI. Schwellung wie Kontraktur zeigen deutliche Besserung, keine Schmerzen mehr, Beweglichkeit der Finger wird von Tag zu Tag größer.
2. VII. Die Kranke verläßt die Abteilung in stark gebessertem Zustande.

3. Die zweite Gruppe der nach Jaczewski behandelten Kranken umfaßt 6 Fälle von disseminierten papulo-nekrotischen Tuberkuliden und 5 Fälle von Erythema indur. Bazin, teilweise mit anderen Tuberkuliden vergesellschaftet. Es bietet sich uns bei diesen Fällen die Möglichkeit zur richtigen Einschätzung der Jodlebertranmethode, da wir diese Kranken ausschließlich nach von Jaczewski angegebenen Verfahren behandelten. Fast in sämtlichen Fällen wurde rasche Besserung und Rückgang der Hauterscheinungen erzielt. In manchen Fällen trat schon nach der ersten Injektion volle Heilung ein. Sonst mußten einige, manchmal mehrere Injektionen bis zur Heilung verabreicht werden, doch war das Endresultat fast immer gut. Wir konnten während unserer Beobachtung nur einen Versager notieren, wo es trotz mehrerer Injektionen zum neuerlichen Aufschießen frischer Erscheinungen kam.

Bei Kranken mit ausgedehnten hartnäckigen Ulzerationen und Infiltraten (Erythema indur. Bazin) war die Wirkung der Methode ausgezeichnet. Die Geschwüre heilten rasch ab, die Infiltrate wurden von Tag zu Tag kleiner. Schon diese Fälle und Resultate genügen, um die Methode von Jaczewski richtig einzuschätzen.

Zur Illustration werden kurze Auszüge aus dem Krankenprotokoll wiedergegeben.

Fall 1: 36jährige K. W. An den Unterschenkeln, auf Streck- wie Beugeseiten livide Flecke und ausgedehnte harte Infiltrate. Pirquet positiv. WR negativ. Erythema indur. Bazin.

Digitized by Google

16. V. 1928. Intramuskulär 5 ccm Jodlebertran, per os Aqua calcis und 2 Eßlöffel täglich Lebertran.

31. V. II. Injektion.

Nach zwei Injektionen vollständiger Rückgang der Infiltrate an den Unterschenkeln mit Hinterlassung von braunpigmentierten Narben. Während weiterer 3monatiger Beobachtung kein Rezidiv.

Fall 2: 32jährige K. Ch. Am rechten Oberarm und an den unteren Extremitäten unregelmäßig disseminierte braunrote Knötchen mit charakteristischer Kolliquation an der Kuppe. Daneben mehrere typische Narben nach geheilten Effloreszenzen. Diagnose: Tuberculosis papulonecrotica.

20. V. 1928. Injektion von 5 ccm Jodlebertran, Aqua calcis und Lebertran per os. Sichtbare Besserung bereits nach der I. Injektion. Nach 3 Wochen Involution sämtlicher Hauterscheinungen.

4. Als separate Gruppe sind noch 4 Fälle von Lupus erythematodes chron. discoides und 1 Fall von Lupus e. subacutus disseminatus zu besprechen. Aus dem überreichen Material an Lupus-erythematodes-Fällen wurden einige gewählt, wo mittels klinischer und biologischer Proben die Anwesenheit eines aktiven tuberkulösen Prozesses im Organismus festgestellt werden konnte. Die von uns auf therapeutischem Wege erstrebte Bestätigung der tuberkulösen Genese dieser Lupus-erythematodes-Fälle ist uns nicht gelungen, da wir in keinem der genannten Fälle eine Besserung erzielen konnten. Es scheint uns jedoch interessant, auf den subakuten Fall hinzuweisen.

Die 39jähr. Kranke wurde in stark herabgekommenem und bedrohlichem Zustande, mit Fieber und ausgedehnten teils hämorrhagischen, teils exulzerierten Hauterscheinungen eingeliefert. Die Behandlung dauerte über 5 Monate und brachte weitgehende Besserung in ihrem Zustande. Wir sind geneigt, den in diesem Falle erzielten Effekt teilweise auch den verabreichten Lebertraninjektionen zuzuschreiben. Die erste Injektion (0,5 ccm) brachte eine starke allgemeine und fokale Reaktion von mehrwöchiger Dauer mit Fieber und schweren Allgemeinerscheinungen. Während dieser Zeit wurde die Kranke nur mit Chinin und analeptischen Mitteln behandelt, nach Ablauf der Reaktion wurden Arseninjektionen (30) durchgeführt. Nach 3monatiger Pause wagten wir wieder mit Lebertraninjektionen vorzugehen, und zwar steigend in 2wöchigen Pausen (0.25 ccm, 0,5 ccm, 1 ccm). Dieses Vorgehen vertrug nun die Kranke ausgezeichnet und ihr Zustand besserte sich von Tag zu Tag.

Zusammenfassung

1. Die Jodlebertraninjektionen nach Jaczewski und Lebertranverbände führen zur raschen und sicheren Heilung der Tuberculosis ulcerosa et colliquativa cutis.

2. Die genannte Behandlungsmethode kann bei Tuberkuliden aller Art als Methode der Wahl angesehen werden.

3. Sie bildet eine wertvolle Stütze bei der Allgemeinbehandlung des Lupus vulgaris.

4. Ihr therapeutischer Wert bei Lupus-erythematodes-Fällen kann heute noch nicht eingeschätzt werden.

Digitized by Google

Ein elastischer Massagedehner für die vordere Harnröhre

Von

Dr. W. Struve und Prof. Dr. H. Felke in Kiel

Mit 1 Abbildung im Text

Die mechanische Behandlung der an Gonorrhoe erkrankten männlichen Harnröhre ist einer der wesentlichsten Fortschritte in der Behandlung des Trippers überhaupt; und zwar als relativ frühzeitig angewandte „Massage auf der Sonde", frühzeitig im Gegensatz zur Sondenbehandlung der Strikturen, aus der sie hervorgegangen ist, als man die wichtige Rolle der sogenannten Infiltrate für das Chronischwerden der Gonorrhoe erkannte.

Diese nur die unteren und seitlichen Teile der Harnröhre treffende Massage wurde, wenigstens was die allseitige Wirkung auf die Harnröhrenwandungen betrifft, vervollkommnet durch die Einführung der Dehnung von Oberländer-Kollmann mittels eigens konstruierter Instrumente, der sogenannten Dehner. In der Hand des Kundigen geben diese kleinen technischen Meisterwerke befriedigende Resultate, in der Hand des Unkundigen, besonders wenn er bei der zu empfehlenden Selbstbedienung durch einen „ehrgeizigen" Patienten die Kontrolle verliert, auch einmal unangenehme Zufälle. Diese Zufälle — Einrisse der Schleimhaut — beruhen zum Teil in der Konstruktion der Dehner, bei denen wegen der Schraubübertragung der Bewegung jedes Fingerspitzengefühl verlorengeht. Außerdem wird zugunsten der allseitigen Dehnung auf die wohltätige Mechanik der Massage verzichtet. Und doch ist es gerade die Massage, die mehr oder minder schnell aufeinanderfolgenden Druckdifferenzen, die gemeinsam mit der Dehnung die fleckförmige Erkrankung der Urethralschleimhaut, also die infiltrierten Drüsen und Lakunen, zur Heilung bringt wie keine andere Maßnahme.

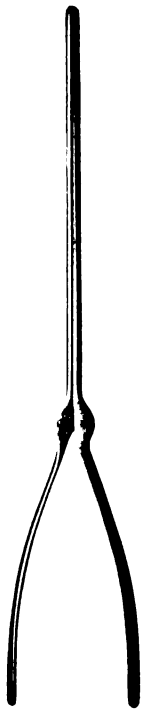


Abb. 1

Aus diesen Überlegungen heraus hat Struve den nachstehend beschriebenen elastischen Massagedehner konstruiert und in langjähriger Erfahrung an umfangreichem Material geprüft. Hierbei hat sich seine große Zweckmäßigkeit ergeben, die an der Rostocker Hautklinik durchaus bestätigt werden konnte.

Die Bauart ist äußerst einfach: Zwei aus elastischem und widerstandsfähigem Material bestehende Branchen sind durch ein einfaches Schloß gegeneinander abgestützt, der Länge der Harnröhre entsprechend verlaufen die beiden Teile zunächst gleichmäßig aufeinanderliegend, im Querschnitt eine ovale zweiteilige Sonde bildend, vom Schloß an entfernen sich die Hälften handgriffartig, so daß durch Zusammendrücken der Handgriffe ein Spreizen der parallelen, in die Urethra einzuführenden Teile erfolgt.

Digitized by Google

Dabei wird der dem Schloß naheliegende Teil der Harnröhre, also der Meatus externus, nicht gedehnt; die größte Spreizung findet im Bulbus, als der weitesten Stelle, statt, wegen der Elastizität der Branchen reguliert sich der Druck aber äußerst weich und verteilt sich gleichmäßig auf die vorderen Partien der Harnröhre.

Der Vorteil des Instrumentes ist weiter der, daß der Druck auf die Wandungen der Harnröhre momentan ausgeübt und aufgehoben werden kann, es findet also nicht wie bei den gebräuchlichen Dehnern ein starres Auseinanderdrängen der Schleimhaut statt, sondern eben die gewünschte massageartige Erweiterung und Erschlaffung. Durch Drehen des Instrumentes lassen sich so in kurzer Sitzung alle Wandteile treffen, es kann und muß vom Patienten selbst bedient werden, und da der ganzen Manipulation nichts Starres anhaftet, treten Schleimhautverletzungen durch Einrisse oder Einklemmen zwischen den Branchen nie auf. Das Fingerspitzengefühl ist bei der direkten Übertragung der Bewegung erhalten. Wenn man als weitere Vorteile die leichte Reinigungsmöglichkeit und Sterilisierbarkeit sowie die Billigkeit anführt, so dürfte dieser Massagedehner eine willkommene Ergänzung des urologischen Instrumentariums sein.

Versammlungen

Ungarische Dermatologische Gesellschaft

Sitzung vom 3. Mai 1929

Vorsitzender: Nékám

Rajka, E. (Abteilung Török): Lingua geographica.

72jähr. Mann. Der Fall verdient Interesse, weil ein ähnlicher Prozeß auch auf der Zungenwurzel, den Aryknorpeln und den Stimmbändern besteht.

Hercz, L.: Disseminierte Hauttuberkulose.

20 Monate altes Kind, vor 9 Monaten Masern. Auf der Haut neben Lupus vulgaris subkutane tuberkulöse Knoten und Tuberkulide. Derzeit Pneumonie und Spondylitis. Pirquet schwach positiv.

Pietsch, St.: Rhinosklerom.

22jähr. Pat., seit 3 Jahren krank. Derzeit die Nase abgeflacht, l. Nasenflügel dreifach vergrößert, obturiert durch eine, aus mehreren Knoten bestehende Geschwulst. R. und l. von der Uvula eine bohnengroße Geschwulst. An der Oberfläche ist die Geschwulst weich, umgreift man sie von der Seite aus, so erscheint sie hart, etwas elastisch. Mikroskopische Plasmazellen, Russelsche Körperchen, großblasige Vakuolen und Mikulicz-Zellen.

Mandel, A.: Xanthoma juvenile.

14 Monate altes Kind. Die Tumoren seit dem 2. Lebensmonate. Serumcholesterin 165 mg/100 ccm. Blutzucker normal; kein Zucker.

Liebner, E. (Abteilung Sellei): Sarkoid Boeck.

56jähr. Mann; 1919 Lungenblutung. Auf der Stirne, Temporalgegend und Nase erbsengroße, bläulichrote, halbkugelige, von Teleangiektasien bedeckte Efflorescenzen. Größere, flach erhabene Herde beiderseits über dem Jochbeine. Blut normal mit geringfügiger relativer Lymphozytose (37%). Blutsenkungsgeschwindigkeit 3 mm. Röntgen: Stark ausgedehnte fibröse Lungenveränderungen. Histologie: Normale Epidermis; in der Kutis und im oberen Abschnitte der Subkutis Lymphozyten und epitheloiden Zellen bestehende Infiltration. Keine Riesenzellen, wenig Plasmazellen. Mit dem benignen Charakter der Hautveränderung steht die relative Inaktivität des sonst stark ausgebreiteten Lungenprozesses im Einklang.

Hercz: hält den Prozeß für L. erythematodes.

Liebner: Gegen L. erythematodes spricht die hyperämische Farbe, das Fehlen der Exsudation und zentralen Atrophie und der tieferen Infiltration des E.

Digitized by Google

Liebner, E. (Abteilung Sellei): Psychische Urtikaria.

32jähr. Frau, die seit ihrem 15. Lebensjahre nach Erwärmung, beim Aufenthalt in der Sonne, bei kaltem Winde, nach dem Waschen mit kaltem Wasser, besonders aber nach psychischen Aufregungen an Nesselausschlägen erkrankt. Nach seelischen Emotionen, Erwärmung, physischer Arbeit, Aufregungen entstehen Quaddeln. Es entstand kein Ausschlag auf lokale Kälte, ferner nicht auf Wärme. Vor und nach dem künstlich erzeugten Anfall entnommenes und intrakutan injiziertes Blut (Serum) erzeugte gleichgroße und gleichförmig verlaufende Reaktionen. Blutbild normal.

Haller, T. (Abteilung Sellei): Lichen pilaris; Lichen spinulosus; Ulerythema ophryogenes.

17jähr. Mann, dessen Leiden vor 5 Jahren entstand. Dicht aneinandergelagerte, graubraune, hirsekorngroße, rauhe Erhabenheiten. Auf dem äußeren Drittel der Augenbrauen, auf diffus erhabener Unterlage massige, follikuläre Rauhigkeit, schüttere superziliare Behaarung. In der iliozökalen Gegend auf handtellergroßer Fläche dornartige, zapfenförmig hervorragende Hyperkeratosen an den Follikeln.

Somogyi, S.: Leukokeratosis linguae.

57jähr. Schlosser. Starker Raucher. 1908 Schanker. 30 Einreibungen; erhielt später starker Kopfschmerzen wegen auch einige Injektionen. 1927 WR ++++. Seither 3 Kuren. Keine subjektiven Beschwerden.

Nebenführer, L. (Abteilung Guszman): 1. Carcinoma basocellulare.

2. Tubero-serpiginöse Lues.

40jähr. Frau, die wegen florider Symptome vor 10 Jahren eine Kur durchmachte und seither unbehandelt blieb.

Katona, E. (Abteilung Guszman): Alopecia totalis.

Auf dem Röntgenbild sieht man auf dem Schädeldache Knochenauflagerungen, die sich wahrscheinlich durch Erweiterung der Diploëkanälchen und des Sinus sagittalis zusammensetzen. Auf der Schädelbasis konnten in der sinistro-dextro-Richtung keine Veränderungen gefunden werden. Augenhintergrund, Visus normal. Grundumsatz mäßig vermindert.

Vámos, L. (Klinik Nékám) 1. Sarkoid Boeck.

Im Gesicht und auf der Stirn hirsekorngroße, gelblichbraune Veränderungen mit leichter Schuppung. Inguinaldrüsen vergrößert. Pirquet —. Lungen o. B. Histologisch: In den tieferen Schichten der Lederhaut Infiltrate, aus Lymphozyten und epitheloiden Zellen, in deren Zentrum je ein kleines Blutgefäß.

2. Syphilis hereditaria.

17jähr. Mädchen. Seit dem 4 Lebensjahre in der l. Glutäalgegend eine kindhandgroße, livid verfärbte, mit Krusten bedeckte Fläche. Im Mai 1928 livide Verfärbung der Haut am l. Handgelenk, später geschwüriger Zerfall. Im Februar eitrige Erkrankung der Ellbogengegend, rötlich-livide verfärbt, im Zentrum scharfrandiges, unterminiertes Geschwür. Pirquet stark positiv, WR ++++. Es handelt sich um Kombination von Syphilis hereditaria und Lupus vulgaris. Die auf der Glutäalgegend und an der Handwurzel befindlichen Veränderungen sind tuberkulotischer Natur, die der Ellbogengegend ist ein Gumma.

Laubál, St. (Klinik Nékám): 1. Cutis frontis gyrata.

In der Mitte der Stirne 4 tiefe, senkrechte und beiderseits 3 tiefe, horizontalbogenförmig verlaufende Falten. Haut auf der Unterlage schwer verschiebbar, hart. Histologisch Hypertrophie der Faserelemente des Korium ohne Vermehrung der Zellelemente. Haarbälge und Talgdrüsen zumeist groß, stellenweise von einem entzündlichen Infiltrate umgeben.

2. Tbc. verrucosa cutis. Elephantiasis verrucosa.

33jähr. Landwirt; im 13. Lebensjahre überfuhr ein Wagen seinen l. Fuß und zerquetschte seine Zehen. Die Erkrankung begann 1923 an der l. Ferse mit einem warzenförmigen Gebilde. Schwere elephantiastische Deformierung des l. Unterschenkels und Fußes im Gebiete der ausgedehnten Tbc. verrucosa. Subfebrilität. Perkussionsschall über beiden Lungenspitzen gedämpft, die Atmung ist diffuse rauh.

Fröhlich, W. (Klinik Nékám): 1. Dermatitis atrophicans.

2. Salvarsandermatitis.

26jähr. Kellner. Infektion im Januar. 15 Salvarsan- und 15 Bi-Injektionen. Haut am ganzen Körper gerötet, ödematös, stellenweise nässende Papeln und Schuppung. Jucken und Brennen.

Digitized by Google

Lehner: Bei den Kranken besteht auffälliger Spinulismus. Es sind mehrere Fälle bekannt, bei welchen das Salvarsan Spinulismus erzeugte.

Dietzl, L. (Klinik Nékám): 1. Dyskeratosis miliaris Darier.

46jähr. Mann. Hauterkrankung seit 4 Jahren, begann an Stirne und Handrücken.

2. Keratoma palmare et plantare hereditarium.

18jähr. Kranke. Hyperkeratose mit lividem Saum an den Rändern. In der Familie leiden ein Bruder und 2 Geschwister der Mutter an ähnlicher Erkrankung.

Steiger-Kazal, D. (Klinik Nékám): Radiohörerdermatitis.

Der Radioamateur hat seit 6 Monaten einen Apparat. Er schlief mit neuen Kopfhörern ein und entfernte die Hörer erst nach 4 Stunden. Der linke Hörer, auf dem er lag, erzeugte vor dem l. Ohre eine segmentförmige Dermatitis. Die Hautveränderungen zeigten sich schon in den frühen Morgenstunden in Form leicht roter, ein wenig gedunsener und juckender Flecke. Chemische Untersuchung des Hörermaterials: Keine Chromsäure, Nitrite oder Nitrate, welche durch Zersetzung der Nitrozellulose aus dem Lack ausgelaugt werden könnten, sind gleichfalls nicht nachweisbar. Das im Bakelit vorkommende Formaldehyd in Spuren; ein Phenolderivat (Kresol) konnte mit Bestimmtheit nachgewiesen werden. Die Auslaugung aus dem Hörermaterial war mit 5%iger Essigsäure leicht auszuführen. Vielleicht hat der saure Schweiß eine ähnliche Wirkung beim Patienten.

Referatenteil

Fachzeitschriften

Annales des Maladies Vénériennes

1929, Bd. 24, Nr. 11

van Runckelen, H.-Lüttich: La réaction de Kahn. Etude comparative avec les épreuves sérologiques classiques de la syphilis. Résultat pratique. Considérations sérologiques (Die Kahnsche Reaktion. Vergleich mit den klassischen serologischen Proben der Syphilis. Praktisches Ergebnis. Serologische Betrachtungen) S. 997.

Die Kahnsche Reaktion verdient, verglichen mit den hämolytischen Methoden, volles Vertrauen. Unter den Flockungsreaktionen zeichnet sie sich durch die Einfachheit und Schnelligkeit ihrer Ausführung aus, so daß sie einen wesentlichen Fortschritt bedeutet in der Serodiagnostik der Lues.

Fuss, F.-Genf: Quelques considérations médico-sociales sur 1330 cas de chancres syphilitiques (Sozialmedizinische Betrachtungen an Hand von 1330 Fällen von luetischem Ulkus). S. 1009.

Was das Lebensalter anlangt, in dem die Infektion erfolgt, findet sich ein schnelles Ansteigen vom 16. Jahre an, das sein Maximum mit 23 Jahren erreicht. Die Kurve senkt sich von Jahr zu Jahr ununterbrochen; immerhin finden sich noch 2 Infektionsfälle bei 74jähr. Männern. In den Monaten Februar, Juli und Oktober kamen die zahlreichsten, im März, Mai und September die seltensten Fälle vor. Bezeichnend für die Nachlässigkeit der Luetiker ist, daß nur 17% der Kranken in den ersten 10 Tagen, 30% vom 11. bis 20. Tage und 20% vom 21. bis 30. Tage zur Behandlung kamen. In dasselbe Kapitel gehört, daß sich 35% der Kranken nur einer einzigen Behandlung unterzogen. Bei 20% erstreckte sich die Beobachtung über 1 Jahr, bei 16% über 2 Jahre, dann sinken die Zahlen sehr schnell, bei 7 Jahren sind es nur noch 2%.

Blum, P.: La Forme érythémato-purpurique de l'érythème infectieux du neuvième jour (Infektiöses Erythem vom 9. Tage unter der Form eines Erythems mit einer Purpura). S. 1017.

31jähr. Mann mit zwei luetischen Ulzera im Sulkus bekommt bei der 6. Neosalvarsaninjektion, 9 Tage nach der 1., unter schwerem Krankheitsgefühl bei einem Temperaturanstieg bis 40.5° ein ausgedehntes Exanthem, das an den Vorderarmen aus erythematösen Elementen und an den Oberarmen und der Vorderseite der Achselhöhlen aus Purpuraflecken bestand; das Vorhandensein der letzteren erweckt den Verdacht einer

Digitized by Google

toxischen Arsenexanthems. Immerhin sprach für ein infektiöses Exanthem außer dem Auftreten am 9. Tage nach der 1. Salvarsaninjektion das Vorhandensein einer gewissen Inkubationsdauer, der Charakter des Exanthems, das Fehlen von Schleimhautblutungen, endlich die Besserung des Allgemeinzustandes gleichzeitig mit dem Auftreten des Exanthems. Infolgedessen wurde die Salvarsanbehandlung nicht abgebrochen; ohne weiteren Zwischenfall ist dann das Exanthem nach und nach verschwunden.

F. Landauer-Berlin.

Journal d'Urologie

1929, Bd. 28, Nr. 3

Gerard, M.-Lille: Intégrité fonctionelle de reins tuberculeux dans certains cas de néphrotuberculose (Normale Funktion tuberkulöser Nieren bei einigen Fällen von Nierentuberkulose). S. 309.

Im allgemeinen bedingt schon eine geringe tuberkulöse Affektion einer Niere einen Funktionsausfall (Ambard), der oft in keinem Verhältnis zu den pathologischen Veränderungen des Organs zu stehen scheint, wenn man die Niere exstirpiert hat. An Hand von 5 Fällen aber zeigt der Verf., daß bisweilen auch schwer tuberkulös veränderte Nieren gute oder normale Funktionswerte (Ambardsche Konstante) geben.

Fisch, J.: Sur l'association microbienne dans l'appareil urinaire (Über das gemeinsame Vorkommen mehrerer Mikrobenarten in dem Harnapparat). S. 229.

Kommen im Urin eines Kranken mehrere Arten von Mikroorganismen vor, so ist es wichtig, zu versuchen, den Herkunftsort jeder Art festzustellen, da die verschiedenen Organismen auf verschiedene Krankheiten bezogen werden können.

Martin-Luque, T.-Madrid: La radiographie de la miction dans les affections prostato-urétrales (Die Radiographie der Miktion bei Veränderungen der Prostata und Harnröhre). S. 237.

An Hand von 14 Röntgenbildern demonstriert der Verf. den Wert der Radiographie der Harnröhre bei pathologischen Veränderungen der Urethra (Strikturen, Divertikel, Fisteln usw.) und bei Prostatahypertrophien. Füllung mit Jodipin oder besser 20%igem Bromnatrium. Lage: links 45° gegen den Tisch gelagert, linker Schenkel stark im Hüftgelenk und Knie gebeugt, rechter abduziert und so flektiert, daß die Fußsohle auf dem Tisch ruht (ein Helfer hält das Knie auswärts), rechter Arm stützt, rückwärts genommen, den Thorax. Der Penis wird dem linken Schenkel angelagert. Füllung mittels Katheters oder direkt.

Pares, P.-Santa-Cruz: Considerations sur la technique de la prostatectomie suspubienne (Betrachtungen über die suprapubische Prostatektomte). S. 251.

Eignet sich nicht zum Referat, muß im Original nachgelesen werden.

Hammer-Amsterdam: Cancer du colon sigmoide dix ans après implantation des urétères d'une vessie exstrophiée (Krebs des Sigmoideums 10 Jahre nach der Einpflanzung der Ureteren einer exstrophiierten Blase). S. 260.

Der Titel gibt den Inhalt des Berichtes wieder. Der Patient starb an Urämie. Pyonephrose links, Hydronephrose rechts, zahlreiche Abszesse der stark reduzierten Rinden. Als Ursache der Stase wurde ein Kolloidkrebs an der alten Implantationsstelle gefunden.

Tissot, J.: Les grosses Littrites suppurées et enkystées. Leur traitement (Die starken vereiterten und abgekapselten Littreitiden. Ihre Behandlung). S. 266.

Eröffnung solcher abgekapselten eitergefüllten Drüsen mit dem Skalpell (Chloräthyl) oder mit dem Galvanokauter (Novokaininjektion). Jodoformgazedrainage für kurze Zeit. Wichtig ist, vorher festzustellen, daß der Drüsenausführungsgang nach der Urethra zu verschlossen ist: vorsichtige Massage auf einer Bougie. Dann kommt es nie zu Fistelbildungen, in wenigen Tagen ist die Wunde vernarbt.

1929, Bd. 28, Nr. 4

Valverde, B.-Rio de Janeiro: La Chylurie dans la syphilis vésicale (Chylurie bei Blasensyphilis). S. 297.

Bei einer 34jähr. Frau bestand seit 2 Jahren eine sehr starke Chylurie. Filarien negativ, gegen diese gerichtete Behandlung ohne Erfolg. Zystoskopie zeigte ulzeriertes Gumma in der Blase, das Lymphwege eröffnet hatte. Antisyphilitische Kur brachte

Digitized by Google

prompt Heilung. Dieser Fall ist der erste derartige in der Literatur. Er beweist wieder die Wichtigkeit der Zystoskopie und lehrt, daß man bei nicht durch Filarien bedingter Chylurie an Lues denken müsse. Eine spezifische Kur habe dann sofortigen Erfolg.

Nora, G.: A propos de deux cas de plaies de la veine cave inférieure (Über zwei Fälle von Verletzungen der Vena cava inferior). S. 306.

Bericht über 2 Fälle von Verletzungen der Vena cava inferior im Verlaufe von Nephrektomien. In beiden Fällen wurden die Venenwunden, da eine Naht sich als unmöglich erwies, abgeklemmt, die Klemmen am 5. bzw. 6. Tage — teilweiser Schluß der Operationswunde — entfernt. Normaler Heilungsverlauf in beiden Fällen.

Blanc, H.-Bordeaux: Des calculs graisseux de la vessie, oléolithes et calculs médicamenteux (Fettsteine der Blase, Oleolithen und Medikamentensteine). S. 318.

Fettsteine der Blase sind entweder Urostealithen endogenen Ursprungs bei Chylurie, Lipurie oder Cholestearinurie, oder exogen entstanden bei Einführung öliger oder fettiger Substanzen in die Blase. Der Verf. berichtet über 5 Fälle derartiger Oleolithen, die alle nach der Injektion von Gomenolöl entstanden sind. Im Anschluß daran gibt er eine Übersicht über die Literatur der Fett-, Paraffin-, Reargonsteine usw. und mahnt zur Vorsicht bei der Anwendung von Medikamenten, die derartige Steine entstehen lassen können (z. B. Paraffin bei Zystokopien).

Gragonas, E. G.: Étude sur le mécanisme de quelques cas de rétention d'urine (Studie über den Mechanismus einiger Fälle von Urinverhaltung). S. 341.

Bei den Verhaltungen, die eine reziproke Sperrung darstellen, handele es sich um eine Steigerung an sich normaler physiologischer Reflexe (Harnlassen bei Koprostase u. a.). Das mechanische Moment stehe im Hintergrund, wichtiger sei das dynamische.

Epstein, G. S.-Leningrad: Un cas d'hémoglobinurie paroxystique (Ein Fall von paroxysmaler Hämoglobinurie). S. 348.

Bericht über den typischen Fall einer paroxysmalen Hämaturie bei einer 34jähr. Frau. WR stark positiv. Besserung auf spezifische Kur mit Salvarsan hin.

Echref, A.-Stambul: Deux cas de diverticules vésicaux (Zwei Fälle von Blasendivertikeln). S. 354.

Fälle von Blasendivertikeln bei einem 46jähr. Manne (Pyurie) und einem 15jähr. Knaben (Pollakiurie, Brennen beim Wasserlassen). Dieser Patient wurde operiert und starb 3 Monate nach der Operation. E. Sklarz-Berlin.

Actas Dermo-Sifiliograficas

Mai 1929

de Gregorio, E.: Contribución al Estudio del Favus experimental (Beitrag zum Studium des experimentellen Favus). S. 515.

Die Arbeit enthält die Resultate der an Meerschweinchen angestellten Tierversuche mit Achorion Schönleinii, Achorion violaceum (B. Bloch), Achorion gallinae, Achorion gypseum und Achorion quinqueanum. Am meisten wurde das Achorium gypseum benutzt, welches in seinen parasitären Eigenschaften im Haar und in der Kultur in künstlichen Medien am nächsten den menschlichen Mikrosporien steht. Die Arbeit ist durch zahlreiche Abbildungen illustriert und muß im Original studiert werden.

Sainz de Aja, E. A.: Estomatitis bismutica tardia (Stomatitis bismutica tardia). S. 531.

Bei einem latent Syphilitischen, der zu wiederholten Malen mit Treposan, Bismut Pons und Espirogil behandelt war, machte Verf. nach monatelanger Behandlungspause eine intramuskuläre Injektion mit Acetylarsan und traf dabei auf einen Knoten von einer alten Einspritzung, aus dem sich eine spärliche dunkle Flüssigkeit entleerte. Nach 3 Tagen traf Verf. bei einer 2. Injektion auf eine Zyste, und die Untersuchung ergab eine mehr empfindliche als schmerzhafte Hautzone. 4 Tage später klagte Patient über Empfindlichkeit im Munde und zeigte eine dunkle Wismutinjektion der Mundschleimhaut: das typische Bild einer Stomatitis bismutica; der Kranke hatte seit mehr als ½ Jahr Bismut in keiner Form erhalten und gab an, daß er einen dunklen Bismuturin nach den Injektionen in der Nacht entleert hatte. Es ist also nach Verf. unzweifelhaft, daß das alte Bismutdepot durch die Arseneinspritzungen mobilisiert wurde.

Covisa, J. S.: Bromides vegetantes (Bromoderma vegetans). S. 532.

Im 1. Falle handelt es sich um ein 5 Monate altes Kind, das wegen Keuchhusten mit einer Vaccina antivariolica behandelt worden war und nach wenigen Tagen an ein-

Digitized by Google

papulo-pustulösen, sich immer mehr ausbreitenden Hautausschlag erkrankte. Bei Nachfrage ergab sich, daß das Kind außerdem mit einem bromhaltigen Sirup behandelt worden war. Bei dem 2. Kind, einem 8monatigen Säugling, war ein ähnlicher nicht so intensiver Ausschlag entstanden, nachdem die Mutter wegen einer Nervenkrankheit Bromkali getrunken hatte. Im 3. Falle bei einem 6monatigen Säugling bestanden große diagnostische Schwierigkeiten, bis sich herausstellte, daß das Kind wegen Laryngospasmus Calcium bromatum in der doppelten Dosis erhalten hatte.

Sainz de Aja, E. A.: Dermatitis artefacta (Caso clinico) (Artifizielle Dermatitis). S. 543.

Die 22jähr. Pat. zeigt eine tiefe runde Strangulationsfurche im Niveau des Deltoideusansatzes am Oberarm. Zahlreiche ausgedehnte Erosionen und oberflächliche Geschwüre finden sich darunter an beiden Unter- und Oberarmen. Jeder Fleck beginnt nach Angabe der Patientin mit einer roten schmerzhaften Zone, die sich bald in Blasen umwandelt, mit einer dunklen Kruste bedeckt und mit Narbenbildung abheilt. Alle Stellen sind so gelegen, daß Patientin bequem mit ihrer rechten Hand hinreichen kann. Nach Verf. handelt es sich um eine künstlich erzeugte Hautentzündung bei einer Hysterischen mit Amenorrhoe.

Bejarano, J., u. E. Enterria: Urticaria purpurica (Urticaria haemorrhagica). S. 548.

Im vorliegenden Fall begann die Affektion mit einer typischen Urtikaria. Beim zweiten Ausbruch wurden die Quaddeln hämorrhagisch und ähnelten den Elementen der Purpura. Verff. glauben, daß dieser Fall ein Beweis mehr dafür ist, daß zwischen dem Erythema exsudativum multiforme, gewissen Formen von Urtikaria und einigen Varietäten von Purpura Übergangsformen vorkommen, die sich schwer in das eine oder andere klinische Krankheitsbild einreihen lassen.

Sainz de Aja, E. A.: Glositis y Queilitis artificial (Caso clinico) (Glossitis und Cheilitis artificialis). S. 549.

Es handelt sich um eine akute Entzündung der Zunge und der Lippen, verursacht durch einen roten Lippenstift.

de la Portilla, J. F.: Xantoma multiforme generalizado de Caracter familiar (Xanthoma multiforme generalisatum von familiärem Charakter). S. 550.

Universelles Xanthom bei 2 Schwestern im Alter von 15 bzw. 21 Jahren. Bei der 15jähr. Kranken lassen sich ein larvierter Hyperthyreoidismus und eine ovarielle Insuffizienz, ein vermehrter Cholesteringehalt und eine perkutable Milz feststellen. Die WR und MR sind positiv, so daß an syphilitischen Ursprung gedacht werden kann.

Bejarano, J., u. E. Enterria: Un Caso de pseudotabes sifilitica (Ein Fall von Pseudotabes syphilitica). S. 559.

Das 8jähr. Kind zeigte auf dem einen Auge eine Atrophie der Pupille und Verlust der Patellarreflexe. Die Ursache der Atrophie war eine Neuritis und Perineuritis optica, als Folge einer lokalisierten Meningitis mit Radiculitis posterior, welche sekundär die Hinterstränge in Mitleidenschaft gezogen hatte. Wassermann und Lumbalflüssigkeit waren negativ. Trotz antisyphilitischer Kur blieb der Sehverlust bestehen.

Sainz de Aja, E. A., u. N. Calvin: Sobre la Reaccion de Kahn (Über die Reaktion von Kahn). S. 561.

Verff., die den diagnostischen Wert der Kahnschen Reaktion hoch bewerten, besprechen die verschiedenen Arten des Ablesens der Reaktion und machen auf die Unzuträglichkeiten der nicht spezifischen trüben Seren aufmerksam. Um Irrtümer zu vermeiden, fügen sie den Antigenen Amidoazotoluen-β-Naphthol hinzu und erzielen dadurch eine Färbung der Flocken, die auf den ersten Blick auch die feinsten Niederschläge sichtbar macht, so daß die Anwendung optischer Hilfsmittel zur Stellung der Diagnose sich erübrigt. Der Arbeit ist ein ausführliches Literaturverzeichnis beigegeben.

de la Portilla, J. F.: Terapeutica intraarterial (Con Motivo de un Caso pratica) Intraarterielle Therapie [aus Anlaß eines Falles in der Praxis]). S. 570.

Bei einem Kranken wurde irrtümlich eine Akridinlösung in das Lumen der Arteria humeralis gespritzt. Es entstand ein lebhaftes Brennen in der Hand, welche die gelbe Färbung des Mittels annahm. Patient fühlte dann eine Schwere und Schwellung der Hand, welche sich nachher in ein aszendierendes Ödem umwandelte. 5 Tage später breitete sich das Ödem bis zur Schulter, Skapula und zum halben Thorax aus. Das Krankheitsbild war von subjektiven Beschwerden und leichtem Fieber begleitet. Alles ging ohne Behandlung günstig zurück. R. Ledermann-Berlin.

Digitized by Google

Mitteilungen aus der Literatur

Urogenitalapparat

Nieren, Ureteren, Harn

Fränkel, W. K.-Berlin-Wilmersdorf: Schmerzfreie Hämaturie. Med. Welt. 1929. Nr. 35. S. 1258.

Trotz körperlichen Wohlbefindens treten häufiger Hämaturien auf, bei denen weder Beschwerden, Krankheit noch Schmerzen einen Fingerzeig für die Quelle der Blutung geben. Schwere entzündliche Veränderungen der Blasenschleimhaut können völlig schmerzfrei verlaufen. Am leichtesten gestattet die terminale Hämaturie einen Schluß auf Sitz der Erkrankung, die auf einer entzündlichen Affektion der hinteren Harnröhre oder des Blasenhalses beruht. Eine seltene Ursache schmerzfreier Hämaturie ist die Blutung aus Blasenvarizen, häufiger sind es Geschwülste, in erster Linie Papillome, die in der Blase, seltener im Nierenbecken, bisweilen im Harnleiter ihren Sitz haben. Auch Karzinome können durch Ulzeration oder Arrosion Blutungen veranlassen. Die häufigste Ursache von Hämaturien sind Steine. Größere Steine, die das Nierenbecken ausfüllen oder am Blasenboden ruhen, verursachen meist keine Schmerzen, während kleine Steine neben der Hämaturie schmerzhafte Koliken auslösen. In den meisten Fällen ist Blasenspiegelung unerläßlich. In der Therapie macht Verf. darauf aufmerksam, daß das Formalin des Urotropins gefäßreizend und blutungerregend wirkt, ebenso Hitze. Styptika und Eisblase sind eher angebracht.

H. Ress-Dessau.

Boulanger, L.: Une urine trouble à l'émission est-elle toujours une urine purulente? (Ist bei der Entleerung trüber Harn stets Eiter-Harn?) Progr. méd., 1929. Nr. 38. S. 1587.

Die Trübung des frisch gelassenen Urins braucht nicht immer auf Eitergehalt zu beruhen, sie kann, woran nicht genügend gedacht wird, durch ein Übermaß von Phosphaten bedingt sein. Zusatz von Essigsäure bewirkt dann sofortige Klärung. Äußerlich gleichen sich durch Eiter und Phosphate getrübte Harne vollkommen, was nicht zugegeben werden kann; die Trübung bei Phosphaturie erscheint nicht so kompakt und hat einen mehr grauen Ton gegenüber dem bei Eiter mehr gelblichen. Ref.

E. Levin-Berlin.

Ottow, B.-Berlin: Einbrüche genitaler Eiterherde in die Harnblase und den Harnleiter. (Univ.-Frauenkl.) Zbl. f. Gyn., 1929, Nr. 40. S. 2551.

Als Ursache von Einbrüchen genitaler Eiterherde in die Harnblase werden in der Literatur besonders Pyosalpinx, vereiterte Ovarialzysten oder Abszesse, Eiterungen in den Parametrien und vereiterte Extrauteringraviditäten erwähnt. Von 6 entsprechenden Fällen, die Verf. selbst beobachtete, hält er nur 2 für erwähnenswert. Das eine Mal handelte es sich um den Durchbruch einer vereiterten Dermoidzyste des Ovariums in die Blase. Bei dem zweiten Fall kam es zum Durchbruch eines Adnextumors, der mit der Blase kommunizierte, in den Harnleiter; auffallenderweise fand hier Spontanheilung statt.

M. Kruspe-Dresden.

Pillet-Rouen: Fréquence des Colibacilles dans les urines d'urinaires recoltées par cathétérisme (Häufigkeit des Kolibazillus im Katheterharn Harnkranker). Paris Méd., 1929, Nr. 45, S. 421.

Die Bazillen überwiegen bei Harnleiden (Strikturen, Prostatikern, Steinen, Neubildungen der Blase, Pyelo-Nephritiden, chronischen Zystitiden) bei weitem über die Kokken. Alle diese Bazillen sind gramnegativ, und zwar handelt es sich in 75% der Fälle um Kolibazillen. Dies ist für die Behandlung der Erkrankungen mit Vaccine von Bedeutung.

E. Levin-Berlin.

Weibliches Genitale

Soeken, G.-Buch bei Berlin: Untersuchungen über die Biologie der Scheide bei Säuglingen. (Kinderheilanstalt.) Arch. f. Kindhlk., Bd. 88, H. 2/3, S. 194.

Der Vaginalinhalt des Kindes, abgesehen von Neugeborenen, unterscheidet sich sowohl im mikroskopischen Bilde wie in seinen Säurewerten von dem Scheideninhalt des geschlechtsreifen Weibes; die kindliche Vaginalflora ist von Kokken beherrscht und eine Reinkultur von Vaginalbazillen wie beim gesunden erwachsenen Weibe gibt es nicht. Während der Pubertät erfolgt der Umschlag der schwachsauren zur stark-

Digitized by Google

sauren Reaktion und damit der Umschlag der Flora. Die Azidität des Vaginalinhaltes sinkt, wie man schon mit Lackmuspapier nachweisen kann, bald nach der Geburt. Auch die mit der Abrahamschen Elektrode gemachten Untersuchungen entsprechen — entgegen den von Abraham selbst gefundenen Resultaten — diesen Angaben.

F. Winkler-Wien.

Smorodinzew, A. A., u. A. J. Tschumakowa-Leningrad: Zur Bakteriologie der Scheide der Neugeborenen. (Kl. f. Neugeb. u. bakter. Labor. d. Reichsinst. f. Geburtsh. u. Gynäk.) Zbl. f. Gyn., 1929, Nr. 19. S. 1206.

Bakteriologische Untersuchungen über die Scheidenflora, die Verff. an 93 weiblichen Neugeborenen angestellt haben, ergaben folgende Resultate. In den ersten 12 Stunden bleibt die Scheide keimfrei, und erst in weiteren Stunden siedeln sich Bakterien an, unter denen der Bacillus vaginalis vorherrscht. Dieser Bazillus unterscheidet sich durch verschiedene biologische Eigenschaften deutlich vom Scheidenbazillus des erwachsenen Weibes. Auf Grund ihrer bakterioskopischen Befunde kommen Verff. zu der Annahme, daß von der Vulva in die Vagina verschleppte scheidenfremde Bakterien bald zugrunde gehen, da sie hier keine geeigneten Lebensbedingungen finden. Die Ursache des Unterganges der scheidenfremden Bakterien ist durch den hohen Säuregrad bedingt. Das Überwiegen der Nebenflora auf künstlichen Nährböden gegenüber dem B. vag. ist darauf zurückzuführen, daß letzterer hier so träge wächst, daß ihn die anderen Bakterienarten schnell überwuchern können.

Sprafke-Chemnitz.

Smorodinzew, A. A., u. M. I. Kott-Leningrad: Zur fermentativen Charakteristik des B. vaginalis Döderleini. (Reichsinst. f. Geburtsh. u. Gynäk. u. d. Abt. f. vergleichende Path. d. Reichsinst. f. exper. Med.) Zbl. f. Gyn., 1929, Nr. 34, S. 2155.

Verff. haben, um die Bedeutung des Glykogens für die Milchsäureproduktion in der Scheide zu prüfen, mit 18 Stämmen von Bacillus vaginalis Döderleinii Untersuchungen hinsichtlich ihrer fermentativen Wirkung gegenüber verschiedenen Kohlehydraten angestellt. Ihre Versuche haben folgendes ergeben: 1. Energisch aufgespalten werden Traubenzucker, Maltose, Saccharose, Galaktose. 2. Nicht assimiliert werden Laktose, Inulin, Arabinose und Amylum. 3. Gegenüber Mannit und Dextrin verhalten sich die Stämme nicht gleichartig. 4. Aus der quantitativ-chemischen Bestimmung des Glykogens im Nährboden vor und nach der Verimpfung des Scheidenbazillus ergibt sich die Unfähigkeit der geprüften Stämme, Glykogen zu assimilieren.

Sprafke-Chemnitz.

Hauser, F.-Wien: Fluoreszenzerscheinungen am weiblichen Genitale. (I. Frauenkl., Labor. f. Lichtbiol. u. Lichtpath. am Physiol. Inst. d. Univ.) Strahlenther., Bd. 33, H. 3, S. 582.

Bei Genitalblutungen verschiedenster Genese wurde an der Vulva eine leuchtend rote Fluoreszenz unter dem Diagnoseansatz (Hanauer Werke) beobachtet, welche in solchem Ausmaße unter normalen Verhältnissen nirgends am Körper zu sehen ist. Die die rote Fluoreszenz verursachende Substanz läßt sich in salzsaurem Alkohol lösen. Die neutralisierte, methylalkoholische Lösung der Substanz wirkt photodynamisch auf Paramäzien und Erythrozyten. Wahrscheinlich handelt es sich um einen den Porphyrinen nahestehenden Körper, der durch Tätigkeit in der Vulva befindlicher Bakterien entsteht.

E. Kottmaier-Mainz.

Nakanoin, T., u. H. Miura-Kobe: Über die Selbstreinigung der Scheide. (Path. Abt. d. Provinzialkrankenh.) Virch. Arch., Bd. 273, H. 2, S. 496.

Verff. haben die Beziehungen zwischen den Doederleinschen grampositiven milchsäurebildenden Stäbchen, dem Glykogen der Scheidenwand, dem Säuregehalt des Scheidensaftes und der hormonalen Absonderung der Ovarien studiert und sind zu folgenden Ergebnissen gekommen: Die Selbstreinigung der Scheide ist abhängig von der H-Ionenkonzentration des Scheidensaftes, die dem Gehalt des Saftes an Milchsäure parallel geht; letztere wird von den Doederleinschen Bazillen aus dem Glykogen der Scheidenwand gebildet, und die Glykogenmenge endlich wird von den Eierstöcken beeinflußt. Vor der Geschlechtsreife findet sich keinerlei Glykogen in der Scheide, ebenfalls keine Doederleinschen Bazillen; dementsprechend ist der Saft alkalisch. Während der Geschlechtsreife tritt dann normalerweise der Umschlag zur sauren Reaktion gleichzeitig mit der Glykogenablagerung ein; bei schwacher Hormonproduktion dagegen, so z. B. im Postklimakterium, nehmen Glykogen und Säuregrad wieder ab, und gleichzeitig auch das Selbstreinigungsvermögen: die Scheide weist dann den Reinheitsgrad der dritten Stufe auf. Die gleichen Verhältnisse wurden beim Affen nachgewiesen.

F. Wohlwill-Hamburg.

Digitized by Google

Loucks, R. E.: Urethral Caruncle: Report of two Cases Treated by Radium (Karunkel der Harnröhre. Bericht über zwei mit Radium behandelte Fälle). J. amer. Röntgenol., Bd. 21, Nr. 6, S. 537.

Es wird eine Prothese abgebildet und beschrieben, die als Träger eines Radiumröhrchens von 25 mg dient und so beschaffen ist, daß bei ihrer Einbringung in die Vagina das Radiumpräparat in die Harnröhrenmündung hereinragt. Das Radiumröhrchen ist mit 0,5 mm Silber + 1 mm Messing gefiltert, trägt einen Überzug von 0,5 mm Gummi, der auf der vorderen Seite auf 2 mm verstärkt ist. Mit diesem Applikator wurde in zwei Fällen Heilung erzielt. In der Aussprache wird die Frage aufgeworfen, ob nicht die Anwendung des Thermokauters einfacher ist, dem gegenüber aber die Narbenlosigkeit bei der Strahlenbehandlung als Vorteil angesprochen.

Holthusen-Hamburg.

Boyd, M. L.-Atlanta: Strictures of the Urethral Meatus in the Female (Strikturen des Meatus urethrae bei Mädchen). J. Am. m. Ass., 1929, Bd. 92, Nr. 26, S. 2154.

Verf. empfiehlt bei kongenitaler Striktur des Meatus urethrae bei kleinen Mädchen die Meatotomie. Er sah nach Meatotomie Erkrankungen der Harnwege schwinden, die auf Verengerung beruhten und die mit anderen sonst üblichen Maßnahmen nicht zum Schwinden gebracht worden waren. P. Seier-Heidelberg.

Fränkel, W. K.-Berlin-Wilmersdorf: Inkontinenzbehandlung bei Frauen mit intravesikaler Elektrokoagulation. M. Kl., 1929, Nr. 33, S. 1287.

Bei multiparen Frauen findet sich häufig eine relative Inkontinenz, die bei abdominaler Drucksteigerung zu unwillkürlichem Harnabgang führt. Sie läßt sich günstig beeinflussen durch Elektrokoagulation mit der Diathermiesonde. Nach Füllung der Blase mit 200 ccm schwacher Rivanollösung werden beiderseits an dem Orificium internum benachbarten Sphinkterpartie $^1/_2$—1 cm lange parallele Koagulationen gesetzt, die bei ungenügendem Erfolge nach 2—4 Wochen wiederholt werden können. Koagulation in der Hinterwand des Sphinkters ist zu vermeiden. Durch Blasengymnastik, wiederholtes Anfüllen der Blase und mit Unterbrechungen erfolgendes Entleeren läßt sich die Koagulationsbehandlung unterstützen.

E. Levin-Berlin.

Mac Arthur Brown, K. S.: Paraphimosis of the Clitoris (Paraphimose der Klitoris). Brit. m. J., 1929, Nr. 3577, S. 146.

Bei einem 9jähr. Mädchen, das mit einer stark ödematös geschwollenen Klitoris in Behandlung kam, fand Verf. nicht die von ihm vermutete Paraphimose, sondern es war die Störung dadurch entstanden, daß Pat. mit Hilfe einer Freundin einen feinen Leinenfaden um das Organ festgebunden und nicht wieder hatte lösen können. (Vide Brit. m. J., 1928, S. 1130). A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Moskoff, Ir.-Sofia: Über seltene Hymenformen. (Instit. f. gerichtl. Med.) Bulgarska Klinika, 1929, S. 778.

Verf. beschreibt 4 Fälle von Hymen septus, wovon der eine zwei perpendikuläre Brücken zeigte, eine vorn und sagittal, die andere hinten und transversal. Der Fall unterscheidet sich von dem von Bogdan beschriebenen durch die ungleichartige Anordnung der beiden Brücken. Betreffs Ursprung und Entwicklung wird angenommen, daß die transversale Brücke sich durch Rarefaktion und Perforation des hinteren Teiles des primitiven Hymen semilunaris septus entwickelt habe, die sagittale Brücke aber sei wegen ihrer morphologischen und strukturellen Unterschiede und wegen des innigen Zusammenhanges mit der vorderen Vaginalwand ein Rest des Septums zwischen den beiden Müllerschen Gängen. Verf. ist der Ansicht, daß sein Befund des doppelten Ursprunges der verschiedenen Hymenteile gegen die ausschließlich Müllersche Genese des Hymenalapparates spreche. M. Kazarowa-T. Pasardschik.

Watzen, J.-Budapest: Fremdkörper in den weiblichen Genitalien. Verhandl. d. ung. ärztl. Gesellsch., 1929, Nr. 11—12, S. 181.

1. 11jähr. Schülerin. Menses bisher nicht eingetreten. Unterleibsschmerzen, zeitweise Fieber. Die Untersuchung stellt Atresia vaginae fest, die Lösung des Verschlusses ist mit reichlicher Eiterentleerung verbunden, und ermöglicht Extraktion einer Zwirnspule. 2. 72 Jahre, seit 10 Monaten Blutungen (Endometritis haemorrhagica), Kurettage, bei dieser Gelegenheit entfernt sich eine 4 cm lange, 3 cm dicke Astpartie. 3. 35 Jahre, wurde mit heftiger Blutung eingeliefert. Die Diagnose stellt auf inkompletten Abortus gestellt, und zur Vermeidung der drohenden Anämie wird der Abortus beendigt. Bei Freilegung wird ein aus dem Canalis cervicalis heraus-

Digitized by Google

hängender, 9 cm langer Gänsefederkiel entfernt. Den eigenhändig eingeleiteten künstlichen Abortus gaben die Kranken nur nach Vorweisung der herausgezogenen Fremdkörper zu; in die virginale, unentwickelte Scheide des 14jähr. Mädchens konnte die Zwirnspule in keinem Falle infolge eines Sturzes gelangt sein. In Schadenersatz- oder Unfallfragen kann die Feststellung der Anamnese wichtig sein, obwohl nur der anatomische Befund entscheidende Wichtigkeit besitzt.

M. Kazarowa-T. Pasardschik.

Calmann, A.-Hamburg: Zur Kenntnis und Behandlung des essentiellen Fluors der Virgo intacta. D. m. W., 1929, Nr. 18, S. 749.

Die Ursache des Fluor bei Virgo intacta ist häufig eine Portio-Erosion. In solchen Fällen ist es notwendig, das Hymen zu opfern und die Erosion kaustisch zu zerstören. F. Harry-Wiesbaden.

Alexander, H.-Berlin: Trockenbehandlung des Scheidenfluors. (Gynäk. Geburtshilfl. Abt. d. Krankenhauses d. jüd. Gemeinde Berlin.) Med. Welt, 1929, Nr. 39, S. 1410.

Bei Fällen von endokrin bedingtem Fluor empfiehlt Verf. jeden 2. Tag Trockenbehandlung mit Silargel, einer kolloidalen Kieselsäure in Pulverform, das nach vorheriger Reinigung der Scheide mit Hilfe des Spekulum in einer Menge von etwa 5 g in die Scheide geschüttet und verteilt wird. An den Zwischentagen Entfernung des Puders durch Spülung. Silargel bewirkt neben seiner bakteriziden Fähigkeit die Umstimmung in die saure Reaktion. H. Ress-Dessau.

Reichmann, W.-Charlottenburg: Die Behandlung des vaginalen Fluors. Fortschr. Ther., Jahrg. 5, H. 8, S. 255.

Gute Erfahrungen mit in die Vagina einzuführenden Ekropharnstäbchen (Hageda, Berlin). Das wirksame Prinzip dabei ist Milchzucker und Protargol.

F. Landauer-Berlin.

Abel, K.-Berlin: Die Behandlung des Scheidenkatarrhs und der Erosionen der Portio vaginalis mit Ormizetten. D. m. W., 1929, Nr. 38, S. 1593.

Empfehlung des genannten Mittels. Die Anwendung erfolgt in Form von Spülungen (2 Ormizetten auf 1 Liter lauwarmes Wasser), bei Portioerosionen durch Einlegen einer Tablette, die durch einen Tampon festgehalten wird.

F. Harry-Wiesbaden.

Röttger, P.-Stuttgart: Beitrag zur Fluorbehandlung. M. Kl., 1929, Nr. 17, S. 680.

Die Fluorbehandlung leidet an häufig bestehender Unmöglichkeit, die Ursachen nachzuweisen. Gut bewährt haben sich Ormizetten, 2 Tabletten auf 1 Liter Wasser oder auch in Substanz. Ein besonderer Vorteil ist der Kohlensäuregehalt und der angenehme Geruch. Die Ormizetten bewährten sich auch als Antikonzipiens sowohl als Tabletten ante und als Spülung post coitum. E. Levin-Berlin.

Ewig, W.: Über die Wirkung des Fluors auf den Zellstoffwechsel. Kl. W., 1929, Nr. 18, S. 839.

Natriumfluorid und Silikofluorid entfalten eine ausgesprochene Wirkung auf das glykolytische Ferment der Gewebszellen. Sie sind kein direktes Zellgift, aber haben wenigstens partiell spezifische Wirkung. Die besonders durch Warburgs Untersuchungen festgestellten Stoffwechseleigentümlichkeiten der Krebszellen, die für ihr Wachstum und ihre zähe Lebensfähigkeit charakteristisch sind, werden fast elektiv durch Fluor gehemmt. Die Beeinflussung des Karzinomstoffwechsels ist also jetzt möglich. F. Rosenthal-Berlin.

Rodecurt, M.-Karlsruhe: Über Behandlung der Trichomonaskolpitis mit Yatren 105. (Landes-Frauenkl. u. Hebammenlehranstalt.) Zbl. f. Gyn., 1929, Nr. 33, S. 2083.

Bei der durch Trichomonas vaginalis hervorgerufenen Kolpitis bewährte sich folgende Methode: Aller 2 Tage werden durch die Patientin 1—2 Pillen Yatren 105 in die Scheide eingelegt. Vorlegen einer Binde. Diese Behandlung muß auch dann noch eine Zeit fortgesetzt werden, wenn Trich. vag. mikroskopisch nicht mehr nachweisbar ist. Die Behandlung ist auch bei Hymen intactum möglich. Bei Erkrankung der Zervix und Urethra werden Noffkes Gelatinestäbchen mit 10% Yatrengehalt eingeführt. M. Kruspe-Dresden.

Wicke, A.-Wien: Anwendung und Erfolge des Scheidenbestrahlers nach Engelhorn. (II. Univ.-Frauenkl.) W. kl. W., 1929. Nr. 40, S. 1290.

Zur Wärmelichtbehandlung der weiblichen Genitalien wird die Seitzsche, Wintzsche und Engelhornsche Lampe benutzt. Bei letzterer (Zeiß, Jena) wird das Heranbringen stromführender Teile an den Körper vermieden. Die Strahlungs-

Digitized by Google

temperatur kommt je nach Filter und Weite des Spekulums der der Sonne etwa gleich. Die Frau wird in Rückenlage gebracht. Die Achse des Röhrenspiegels und der Beleuchtungsvorrichtung soll einander gleich laufen. In 40 Fällen von Erosionen, Fluor albus, Rißgeschwüren, Vorfall und Entzündungen sah Verf. gute Erfolge. Man kann die Bestrahlung sogar als Provokationsmittel zur Feststellung einer Blennorrhoe benutzen. Die Bestrahlungsdauer beträgt 15—20 Minuten im Anfang und kann bis zu einer Stunde verlängert werden. Durchschnittsdauer 45 Minuten. Wiederholung jeden oder ein über den anderen Tag. Nach 5 Bestrahlungen gewöhnlich schon erhebliche Besserung. H. Colman-Berlin.

Fischer, K.-Prag: Vakzine des weiblichen Genitales. (Dtsch. Derm. Kl.) M. Kl. 1929, Nr. 19, S. 748.

Bei einer Frau, die mit ihrem jüngsten Kinde zusammenschlief, das geimpft war und bei dem die Impfblattern vereitert waren, zeigten sich die Labien gerötet, geschwollen, mit schorfähnlichem, grauweiß-diphtherischem, festhaftendem Belage bedeckt; in der Umgebung einzelne zentral gedellte Blasen mit erythematösem Hofe. Die Gefahr der Infektion anderer Personen durch die Impfkinder ist bei den heutigen Wohnungsverhältnissen eine große, es sollte bei ausgebreitetem Ekzem subkutan geimpft werden; auch sonst werden hierdurch Impfnarben vermieden.

E. Levin-Berlin.

Seisser, F.-Magdeburg-Sudenburg: Erfahrungen mit der Röntgenbehandlung der genitalen Entzündungen. (Städt. Frauenkl.) Strahlenther., Bd. 33, H. 3, S. 471.

Bei allen veralteten refraktären und rezidivierenden Entzündungen im Adnexgebiet ist in Verbindung mit den üblichen konservativen Methoden die Röntgenbehandlung — wiederholte Schwachbestrahlung wie bei Genitaltuberkulose — angezeigt. In der Mehrzahl lassen sich so schwere Operationen vermeiden und unter Umständen auch bei weit vorgeschrittenen Prozessen noch vollständige klinische und anatomische Ausheilung erzielen. An Stelle der unsicheren, gefährlichen temporären Sterilisierung wird halbseitige Kastration empfohlen. Ausnahmsweise ist man bei jungen Frauen zur Vollkastration berechtigt. In seltenen Fällen von schwersten chronischen Formen der pelveoperitonitischen und parametritischen Beckeninfiltrate kommen Röntgenstrahlenmengen bis zur „Karzinomdosis" (100% HED am Herd) in Betracht. E. Kottmaier-Mainz.

v. Büben, I.-Budapest: Die Radiumtherapie des Vulvakarzinoms. (I. Frauenkl. d. kgl. ung. Univ.) Strahlenther., Bd. 31, H. 4, S. 713.

In der I. Frauenklinik der Universität Budapest wurden von 1918—1928 31 Vulvakarzinomfälle mit Radium und Röntgen bestrahlt. 4 Patientinnen waren jüngeren Alters, die jüngste 22 Jahre alt. Die meisten Frauen erkrankten erst nach dem 60. Jahre. Da das operative Verfahren vom Gesichtspunkt der Dauerheilung wegen der häufigen Rezidive keinen besonderen Erfolg hat, wurde schon frühzeitig zur Strahlenbehandlung geschritten. Die Strahlenbehandlung führt fast immer zu vorübergehender Besserung, jedoch in wenigen Fällen zur Dauerheilung. In letzter Zeit wird dem Radium bei der Behandlung des Vulvakarzinoms der erste Platz eingeräumt. Der Implantationsmethode wird vor anderen der Vorzug gegeben. Man verwendet dabei Radiumnadeln, Emanationsröhrchen, kleine Radiumtuben und Thorium-X-Stäbchen. In den über größere Radiummengen verfügenden Instituten wird neuerdings auch beim Vulvakarzinom die Radiumfernbestrahlung angewendet. Von den 31 strahlentherapeutisch behandelten Vulvakarzinomfällen waren 2 noch nach 6 Jahren rezidivfrei. Es lebten nach der Strahlenbehandlung 4 Jahre 1, 3 Jahre 2, 2 Jahre 3, 1 Jahr 5. Es starben innerhalb eines Jahres noch 7 Patientinnen, während Verf. über weitere 7 keine Nachricht mehr erhielt. 4 stehen noch unter Beobachtung. Die Vulvakrebskranken erhalten nach Probeexzision und histologischer Untersuchung die durchschnittlich 1200—2400 mg-Strahlen betragende Radiumstrahlendosis möglichst auf einmal. Die Dosis kann nach 6—8 Wochen wiederholt werden. Die Drüsen werden röntgenbestrahlt. In einem Zeitabstand von 6 Wochen wird 3mal die Pigmentstrahlendosis gegeben (400 R). Die Fälle waren fast alle weit vorgeschritten. E. Kottmaier-Mainz.

Rektum und Anus

Volkmann, K.-Magdeburg-Sudenburg: Zur Therapie der analen Papillome. (Chir. Kl. d. Krankenanstalt.) Zbl. f. Chir., 1929, Nr. 39, S. 2456.

Verf., wendet sich gegen die ovaläre Umschneidung großer Papillome wegen

Digitized by Google

der großen Gefahr der Gangrän infolge zu großer Hautspannung. Er hat ein solches umfangreiches Papillom in Narkose entfernt lediglich durch Abtragung mit Schere und Messer tangential an seinen zahlreichen Stielen. Scharfer Löffel und Kauter vollenden die Operation und schaffen nach 13 Tagen eine einwandfreie Heilung.
Fr. Ortmann-Magdeburg.

Unger, H.-Steglitz: Zur Therapie der Hämorrhoiden. M. m. W., 1929, Nr. 39, S. 1637.

Gute Erfolge mit den Bismolanpräparaten der Firma Vial & Uhlmann, Frankfurt a. M., bei Hämorrhoiden. Die gleichzeitig erforderlichen diätetischen Maßnahmen bestehen in laktovegetabilischer, schlackenarmer Kost unter Vermeidung von Gewürzen und Alkohol. Sprafke-Chemnitz.

Preuss, H.-Berlin-Plötzensee: Über Erfahrungen mit Ichtoxylsuppositorien bei Hämorrhoidalleiden. Fortschr. Ther., Jahrg. 5, H. 8, S. 253.

Bei den Ichtoxylsuppositorien ist die kapillartonische Wirkung des Ichthyols kombiniert mit einer sauerstoffabspaltenden Komponente, aus welcher sich der lose gebundene Sauerstoff bei der Berührung mit der Hautoberfläche langsam abspaltet und auf das Gewebe einwirkt. Mit diesen Suppositorien hat Verf. gute Erfahrungen gemacht bei äußeren und inneren Hämorrhoiden, bei Analfissuren und Rhagaden.
F. Landauer-Berlin.

Bellot, V.: Traitment sclérosant en une séance des hémorroides; résultats d'une expérience de six ans (Hämorrhoidenverödung in einer Sitzung. Ergebnisse sechsjähriger Erfahrungen). Presse méd., 1929, Nr. 82, S. 1328.

Verf. hat innerhalb von 6 Jahren 250 Hämorrhoidenkranke erfolgreich nach folgender Methode behandelt: Nach Desinfektion wurden die Hämorrhoidalknoten mittels Schröpfkopfes entfaltet. Abermalige Joddesinfektion, danach Einspritzung je eines Tropfens von Chininurethan 1 cm tief. Die Zusammensetzung der Lösung war: Chlorhydrate basique de Chinin 0,80 g, Uréthane 0,40 g, Sérum physiol. 2 ccm. Bei größeren Paketen mindestens je 1 cm Zwischenraum zwischen den einzelnen Injektionsstellen. Nach der Verödung Reposition der inneren Hämorrhoidenknoten. Einige Tage Opium, am 4. Tag ein Abführmittel. Kontraindikationen gibt es nicht, auch nicht in bezug auf hohes Alter oder Arteriosklerose. Die Behandlung kann in geburtshilflicher oder in Knie-Ellenbogenlage vorgenommen werden.
M. Kruspe-Dresden.

Sexual-Pathologie und -Hygiene

Schwarz, O.-Wien: Sexualpathologie als Problem einer medizinischen Anthropologie. D. m. W., 1929, Nr. 39, S. 1619.

Verf. führt alle Sexualstörungen auf einen psychophysischen Infantilismus zurück. Die Mannigfaltigkeit der Erscheinungsformen erklärt sich durch die quantitativen Abstufungen bei der Entwicklung zu einem normalen Sexualobjekt. Der Infantilismus ist entweder primär durch die Konstitution bedingt, in der Mehrzahl jedoch sekundär psychogener oder neurotischer Art. Die Methode der Wahl für die Behandlung der Sexualstörungen ist die Psychotherapie, während der Physiotherapie nur eine unterstützende Rolle zukommt. F. Harry-Wiesbaden.

Levy-Lenz-Berlin: Ein Fall von Infibulation bei einem Infantilen. (Inst. f. Sexualwissenschaft.) M. Kl., 1929, Nr. 42, S. 1619.

Ein nervös veranlagter Patient hatte sich angeblich wegen schwächender Pollutionen und onanistischer Betätigung von einem Arzte infibulieren lassen. Es fanden sich bei ihm 16 silberne Ringe mit einem Durchmesser von 1—3 cm, ungefähr 4 bis 5 mm stark, teils durch Glans und Harnröhre, teils durch Haut des Penis und das latzförmig herabhängende Präputium gezogen. Der angebliche Zweck der Infibulation wurde durch diese Lage der Ringe also gar nicht erreicht, und es tauchte der Verdacht auf, daß Pat. die Anbringung der Ringe selbst vorgenommen hatte. Verdächtig in dieser Beziehung war das Vorhandensein von durchbohrten Ohrläppchen sowie Zeichen von Infantilismus mit Vorliegen von narzistischen, metatropischen Neigungen. E. Levin-Berlin.

Poljakoff, N.-Leningrad: Über die Möglichkeit der Notzucht oder des freiwilligen Geschlechtsverkehrs ohne Hymenruptur. (Abt. f. gerichtl. Med. d. Staatsinst. f. ärztl. Fortbildg.) D. Zschr. f. gerichtl. Med., Bd. 14, H. 2, S. 265.

Bei der Begutachtung, ob bei unverletztem Hymen Geschlechtsverkehr stattgefunden haben kann, ist erforderlich, beide Partner zu untersuchen. Dabei muß

Digitized by Google

der Penis sowohl im schlaffen wie im erigierten Zustand gemessen und das Augenmerk besonders auf den Durchmesser der Glans gerichtet werden, da die Maße unabhängig von der Körpergröße außerordentlich variieren. Auch ist es wichtig, die Dehnbarkeit und die Schnelligkeit der Dehnbarkeit des betreffenden Hymens festzustellen. Eine gutachtliche Äußerung etwa der Art, daß „Geschlechtsverkehr der betreffenden Pat. ohne Hymenriß möglich ist mit einem Manne, der einen Penis mittlerer Größe hat," ist nicht als genügend anzusehen.

H. Th. Hinrichs-Halberstadt.

Fetscher, R.-Dresden: Das Problem der Inzucht. Med. Welt, 1929, Nr. 38, S. 1376.

Bei der Eheberatung brauchen wir eine Verwandtenehe nicht zu widerraten, wenn im ganzen erfaßbaren Verwandtschaftskreis keine ernsten Erbleiden vorhanden sind. Bei schweren Erbleiden, zu denen Hautkrankheiten nicht gehören, ist dagegen unbedingt zu widerraten, da die Inzucht die Möglichkeit des Manifestwerdens überdeckter rezessiver Erbanlagen erhöht. H. Ress-Dessau.

Boeters-Zwickau: Die Lösung eines schwierigen Sexualproblems. M. m. W. 1929, Nr. 40. S. 1693.

B. weist darauf hin, daß die Kastration von hartnäckig rückfälligen Sexualverbrechern nicht strafgesetzlich verboten ist, sofern es der Betreffende selbst wünscht. Noch immer kommt es vor, daß Ärzte bei solchen Pat. die Ausführung der Operation aus der Besorgnis heraus, sich straffällig zu machen, verweigern. Anführung eines einschlägigen Falles. Sprafke-Chemnitz.

Meyer, E.: Beiträge zum Sexualleben der Landjugend. Zschr. f. Sexualw. 1929, Bd. 16, H. 2, S. 106.

Die in neuerer Zeit häufig behauptete Unsittlichkeit der Landjugend kann wenigstens für die bodenständige norddeutsche Landbevölkerung, nicht zugegeben werden. Das Geschlechtsleben ist hier ein natürlicheres als in der Stadt. Uneheliche Geburten schwanken in ihrem Prozentsatz in Abhängigkeit von äußeren Verhältnissen (Krieg usw.), die verhältnismäßig häufige voreheliche Erstgeburt erklärt sich aus dem Bestreben, in der Ehe mit Sicherheit auf Nachkommenschaft rechnen zu können. Abtreibungen finden sich viel mehr bei verheirateten Frauen, die schon mehrere Kinder haben. Im allgemeinen erfolgt die geschlechtliche Reife der männlichen Jugend später als in der Stadt, was mit der frühzeitigen schweren körperlichen Betätigung zusammenhängt; es fehlt aus demselben Grunde auch die sexuelle Not. Geschlechtskrankheiten sind selten. E. Levin-Berlin.

Ballin, L.-München: Zur Frage Schwangerschaft und Geschlechtsverkehr. M. m. W., 1929, Nr. 31, S. 1293.

Verf. wendet sich gegen die vielfach geforderte sexuelle Abstinenz während des größten Teils der Schwangerschaft. Der gesunden Frau kann der Geschlechtsverkehr in den ersten 5 Monaten der Schwangerschaft ohne Einschränkung gestattet werden. Der Nachweis, daß dadurch Frühgeburten ausgelöst werden, hat bisher einwandfrei nicht erbracht werden können. Nur bei Genitalanomalien, wie Retroflexio uteri, Infantilismus, ist es berechtigt, in den ersten Monaten Einschränkung, bei habituellem Abort sogar Abstinenz zu fordern. In den letzten Monaten der Schwangerschaft kann bei allen Frauen Blutung, vorzeitiger Blasensprung, Fieber während und nach der Geburt ausgelöst werden. Es ist daher begründet, vom 6. bis 8. Monat zunehmende Mäßigung, vom 8. Monat ab völlige Enthaltsamkeit im Geschlechtsverkehr zu verlangen. Im allgemeinen herrscht darüber Einigkeit, daß etwa 4—6 Wochen nach der Geburt der Geschlechtsverkehr wieder aufgenommen werden darf.

B. Peiser-Berlin.

Prostitution, Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten

Jadassohn, J.-Breslau: Wirtschaftliche Behandlungsweise der Geschlechtskrankheiten. Soziale Med., Jahrg. 2, Nr. 8, S. 403.

An erste Stelle setzt Verf. die „Prophylaxe durch Behandlung". Einmal werden die großen Kosten dadurch erspart, daß durch frühzeitige ausreichende Behandlung Kranker die Weiterverbreitung anderer und damit deren Behandlung eingeschränkt wird, andererseits bleiben die ersteren selbst von chronischen oder Späterkrankungen frei, wodurch wiederum große Ersparnisse zu machen sind. An zweiter Stelle ist die „Aufklärung und Erziehung zu einem scharf ausgeprägten Verantwortlichkeitsgefühl unbedingt erforderlich. Die Behandlung selbst soll bestmöglich, aber nach allgemein

Digitized by Google

anerkannten, nicht luxuriösen Gesichtspunkten vorgenommen werden. Die teuersten Mittel sind nicht immer die besten. Die Hospitalabteilungen sollen tadellos eingerichtet, aber frei von Luxus sein. Auch ist Schaffung von Arbeitsmöglichkeit im Krankenhaus zu begrüßen. Ständige Heranziehung aller notwendigen diagnostischen Laboratoriumsmethoden ist nie unrationell, denn Unterlassung könnte zu erheblich größeren Kosten führen. Auch die Lumbalpunktion gehört zu diesen notwendigen, späteres Unheil oft verhütenden Maßnahmen. Sehr häufige Anstellung der WR sowie der mikroskopischen Gonokokkenuntersuchung ist von besonderer Wichtigkeit. Wo bei Unbemittelten die reichsgesetzlichen Krankenkassen für die Kosten nicht aufkommen, treten nach dem Reichsgesetz andere Behörden ein.

H. Colman-Berlin.

Feilchenfeld, E.-Berlin: Ist Behandlungszwang bei latenter Syphilis möglich? (Ambulatorium d. derm. Abt. d. R.-Virchow-Krankenh. Berlin.) D. m. W., 1929, Nr. 32, S. 1341.

Lues I und II seronegativa im Zustand der Frühlatenz muß als infektionsverdächtig angesehen werden, wenn nicht ausreichende Behandlung stattgefunden hat. Bei Verweigerung einer ausreichenden Kur kann Zwang ausgeübt werden. Bei Lues I seronegativa soll eine maximale Kur und nach 4—6 Wochen eine Sicherheitskur, bei Lues II seropositiva — auch wenn die Seroreaktion nach der 1. Kur negativ wird und bleibt — in den ersten 2—3 Jahren post infectionem 4—6 Kuren in vierteljährlichen Pausen durchgeführt werden.

F. Harry-Wiesbaden.

Gumpert, M.-Berlin-Wedding: Zur Frage der gesetzlichen Beurteilung tertiärer Syphilis. M. m. W., 1929, Nr. 31, S. 1297.

Als Beitrag zur Frage, ob Personen, die an tertiärer Syphilis leiden, den Bestimmungen des RGBG. unterliegen, berichtet G. über einen Fall von tertiärer Syphilis des Penis, der durch eine Prostituierte der Beratungsstelle gemeldet wurde. Dieser Fall zeigt, daß auch tertiäre Syphilis als ansteckende Geschlechtskrankheit im Sinne des Gesetzes gelten kann.

B. Peiser-Berlin.

Schläger-Hamburg: Zum Begriff der Behandlung i. d. § 7 des Geschlechtskrankheitsgesetzes. M. m. W., 1929, Nr. 31, S. 1297.

Mitteilung einer Entscheidung des Reichsgerichtes vom 14. März 1929, worin zu der Zweifelsfrage, was unter „Behandlung" in den verschiedenen Bestimmungen des Gesetzes zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten verstanden wird, Stellung genommen wird. Das Reichsgericht sieht bereits darin eine Behandlung im Sinne des § 7 des Gesetzes, wenn, wie es im vorliegenden Falle der Fall war, nur eine Untersuchung stattgefunden hat und der Untersuchende auf Grund des Befundes hinterher von der eigentlichen Heilbehandlung einer Krankheit oder eines Leidens der Geschlechtsorgane absieht. Die Behandlung im weiteren Sinne umfaßt die Untersuchung und die Heilbehandlung. Der Zweck des Gesetzes würde nur unvollkommen erreicht sein, wenn die auf Heilbehandlung gerichtete Untersuchung durch nicht approbierte Behandler von der Bestrafung ausgeschlossen wäre. Auch würde dadurch sonst zu leicht eine etwa notwendige Behandlung verzögert und der Erfolg in Frage gestellt. Es hat sich demnach der Begriff der Behandlung nicht allgemein auf die eigentliche Heilbehandlung zu beschränken.

B. Peiser-Berlin.

v. Petzold-Karlsruhe: Auswirkungen des Reichsgesetzes zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten. D. m. W., 1929, Nr. 40, S. 1679.

Die Frage, ob eine Zu- oder Abnahme der Geschlechtskrankheiten in Baden erleicht worden ist, läßt sich noch nicht entscheiden. Von 8 Beratungsstellen meldeten Zunahme, 2 Gleichbleiben und eine „günstige Auswirkung". Von 6 Ortsgruppen der DGBG. zeigten 2 Zunahme der frischen Lues, 2 Zunahme der Blennorrhoe, Gleichbleiben, 1 Abnahme der frischen Lues an. Zahlreiche Mißstände, die in Baden vor allem die Organisation der Gesundheitsbehörde, die Zwangsmaßnahmen gegen Renitente und die stärkere Heranziehung der Polizei betreffen, müßten baldigst abgestellt werden, ebenso bedürfen die Ausführungsbestimmungen der Länder mancher Änderung und Ergänzung.

F. Harry-Wiesbaden.

Ebermayer-Leipzig: Die Beziehungen des Arztes zu der Zivil- und Strafrechtspflege. Jurist. W., 1929, H. 31, S. 2217.

Der Arzt ist nicht Gewerbetreibender im Sinne der Deutschen Reichsgewerbeordnung, wenn auch die Erteilung und Entziehung der Approbation sowie das Recht zur Führung des ärztlichen Titels in der Gewerbeordnung geregelt sind. Der Arzt übt einen freien Beruf aus und hat auf Grund des mit dem Kranken oder dessen

Digitized by Google

gesetzlichen Vertreter ausdrücklich oder stillschweigend geschlossenen Dienstvertrag Anspruch auf Entgelt, mögen die geleisteten Dienste erfolgreich gewesen sein oder nicht. Die Höhe des Honorars unterliegt in allen Fällen der freien Vereinbarung und die ärztliche Gebührenordnung hat nur subsidiären Charakter. Doch empfiehlt es sich, daß jene Ärzte, welche regelmäßig höhere Honorare fordern (Kapazitätenhonorare), durch Anschlag im Wartezimmer oder auf andere Weise dem Kranken keinen Zweifel darüber lassen. Jeder, auch der zu Heilzwecken erfolgende ärztliche Eingriff wird von der deutschen Rechtsprechung als rechtswidrige Körperverletzung angesehen, deren Rechtswidrigkeit nur durch die Einwilligung des Kranken oder seines gesetzlichen Vertreters ausgeschlossen wird; diese Rechtsauffassung, die dem realistischen Rechtsempfinden widerspricht, wurde vielfach, aber bis jetzt ohne Erfolg angefochten. In letzter Zeit hat die Rechtsprechung bei der Unterbrechung der Schwangerschaft unter dem Gesichtspunkt der Güterabwägung das Eingreifen des Arztes nicht als rechtswidrig angesehen. Der neue Strafgesetzentwurf berücksichtigt bei der Unterbrechung der Schwangerschaft nur die medizinische, nicht aber die soziale und eugenische Indikation.

Bezüglich der Haftung für Fahrlässigkeit bemerkt die deutsche Rechtsprechung, daß auch der geschickteste Arzt nicht mit der Sicherheit einer Maschine arbeiten kann und daß selbst in der sorgfältigsten ärztlichen Praxis Fehler und Unrichtigkeiten vorkommen; bei der Entscheidung über schuldhafte Fahrlässigkeit darf der altruistische Charakter der ärztlichen Tätigkeit nicht übersehen werden. Der durch die Fahrlässigkeit eines Arztes geschädigte Kranke ist verpflichtet, sich zur Beseitigung des entstandenen Schadens einer neuen Operation zu unterziehen, wenn die Operation gefahrlos und nicht mit nennenswerten Schmerzen verbunden ist und wenn sie mit Sicherheit eine beträchtliche Besserung erwarten läßt; dabei werden Operationen in der Narkose nicht als gefahrlos angesehen. Die bloße Einwilligung des Kranken beseitigt die Haftung nicht; ein Vertrag, welcher den Arzt von der Haftung für Kunstfehler entbindet, verstößt gegen die guten Sitten. Neben der Haftung aus Vertrag ist die Haftung aus auftragloser Geschäftsführung wichtig; genehmigt der Kranke nachträglich die Hilfeleistung oder entspricht sie seinen Interessen oder einer im öffentlichen Interesse gelegenen Pflicht, so erhält der Geschäftsführer die Rechte eines Beauftragten; die Ersatzpflicht des Arztes beschränkt sich hier auf die Haftung für Vorsatz und grobes Versehen. Die ärztliche Handlung kann aber eine rechtswidrige Körperverletzung sein, welche den Arzt auch ohne Kunstfehler ersatzpflichtig macht, wenn der Arzt ohne den Willen oder gegen den Willen des Kranken eingreift. Der Arzt haftet für die Handlungen seines Gehilfen, wenn er diesem etwas zu tun überläßt, was er selbst zu tun verpflichtet wäre; er haftet aber nicht für das Verschulden der Hilfspersonen, das nicht in Erfüllung, sondern bei der Gelegenheit der Vertragspflichten des Arztes eintritt.

Die Abgabe von unrichtigen Zeugnissen über den Gesundheitszustand eines Menschen zum Gebrauch bei einer Behörde oder einer Versicherungsgesellschaft wird mit Gefängnis bestraft. Die Verletzung des Berufsgeheimnisses ist strafbar; der Arzt hat zu schweigen, wenn er nicht ein besonderes Recht zum Reden hat oder wenn nicht ein höheres rechtliches oder sittliches Interesse der Schweigepflicht entgegensteht. Der Arzt, der ein syphilitisches Kindermädchen behandelt, ist berechtigt, die Herrschaft zu benachrichtigen, um Ansteckung zu vermeiden; zweifelhafter liegt die Sache beim syphilitischen oder beim tuberkulösen Bräutigam. Die deutsche Rechtsprechung hat das Recht des Arztes verneint, daß er der Ehefrau Kenntnis gebe von der geschlechtlichen Erkrankung des Ehemannes, von dem sie sich scheiden lassen will. Sache des Arztes und in letzter Linie des Richters ist es, im Einzelfalle abzuwägen, ob ein Widerstreit des Interesses des Kranken an der Geheimhaltung seiner Erkrankung mit einem rechtlichen oder sittlichen, öffentlichen oder privaten Interesse vorliegt, hinter welchem das Interesse des Kranken zurückzutreten hat.

F. Winkler-Wien.

Nachdruck (auch des Abschnittes „Tagesg. Nachr.“) ist ohne Genehmigung des Verlages nicht erlaubt

Verantwortlich für die Redaktion: für Originalabhandlungen und T. N.: Prof. Dr. J. H. Ruß Leipzig. Für den Referatenteil: Dr. Fritz Callomon, Dessau

Digitized by Google

Dermatologische Wochenschrift

Nr. 23 (Bd. 90) 7. Juni 1930

Aus der Deutschen Dermatologischen Klinik in Prag (Vorstand: Prof. Dr. C. Kreibich)

Kasuistischer Beitrag zur Esthiomène

Von

Dr. Franz Weinberger

Mit 3 Abbildungen im Text

Obwohl die von Desruelles im Jahre 1844 unter dem Titel „Hypertrophie particulière de la vulve" beschriebene Affektion wahrscheinlich identisch ist mit der von Huguier 4 Jahre später unter dem Namen Esthiomène beschriebenen Krankheit, ist es das Verdienst des letzteren, die Aufmerksamkeit der Ärzte auf dieses bis dahin unbeachtete Leiden gelenkt zu haben. Er beschrieb die häufigste ulzero-hypertrophische Form, die er wie Bernutz und später Fiquet mit einem Lupus der Vulva identifizierte; derselben Ansicht waren englische Autoren, wie A. Macdonald und M. Duncan. Die viel seltenere rein elephantiastische Form wurde von Jougerot im Jahre 1908 beschrieben, außer dem bisher erwähnten finden sich in der Literatur noch einige Fälle, darunter der von Peuverlin, Petit und Bender. Obwohl dieses Syndrom seit Huguier von vielen Autoren des öfteren unter dem Namen Ulcus vulvae chronicum bearbeitet wurde, konnte ätiologisch bis in die neueste Zeit keine volle Klarheit geschaffen werden, wenn auch für die Pathogenese durch die grundlegenden Arbeiten von Koch, Gerota und Jersild eine plausible Erklärung vorliegt.

Anamnese: 36jähr. verheiratete Frau; die Genitalaffektion begann vor 3 Jahren mit einer Schwellung des rechten großen Labiums, dazu trat vor 1 Jahr eine Schwellung des linken Labiums. Vor mehreren Monaten suchte Pat. wegen Stuhlbeschwerden und rektalen Stenesmen die tschechische dermat. Klinik auf, wo sie antiluetisch behandelt wurde. Die WR war positiv. Eine Abnahme des Körpergewichts um 35 kg kann auf eine beiderseitige Lungentuberkulose zurückgeführt werden.

Status praesens: Hochgradig abgemagerte anämische Pat. Außer der genitalen Affektion derm. nihil. In inguine beiderseits leicht vergrößerte Drüsen, keine Narbe, normale Hautbeschaffenheit. Die großen Labien apfelgroß geschwollen, nicht druckempfindlich, Gummikonsistenz. Das Praeputium clitoridis und das rechte kleine Labium ist in eine hahnenkammartige Geschwulst von teigiger Konsistenz umgewandelt. An der Innenseite des linken großen Labiums und rechts unterhalb der hinteren Komissur kronenstückgroße kahnförmige Ulzera atonischen Charakters mit reinem Grund. Die Plicae anales sind hypertrophisch und bilden einen Geschwulstring um die Analöffnung. Bei der rektalen Untersuchung entleert sich eine serös-eitrige Flüssigkeit. Der unterste Teil des Rektums ist in seiner ganzen Zirkumferenz infiltriert, an Stelle der Elastizität ist eine vollkommene Rigidität getreten. Etwa 6 cm oberhalb der Rektalapertur fühlt man eine Striktur, welche beim Prüfen auf Durchgängigkeit mit der Fingerkuppe sehr empfindlich ist.

Digitized by Google

Bei der Durchführung der Untersuchungen wurden alle diagnostischen Mittel in Erwägung gezogen, die die Klärung der Ätiologie bezwecken. Diese bewegt sich trotz aller Bemühungen, die seit Huguiers Arbeit von den Autoren angewendet wurde, zwischen den verschiedensten Hypothesen.

Fournier faßte diese chronisch-ulzerativen Prozesse als Folge der gummösen Lues auf und beschrieb sie unter dem Namen Syphilôme ano-rectal. Nach ihm handelt es sich um eine als Folge der Lues auftretende Sklerosierung der Rektalwand, welche dann die Stenose verursacht. Eine ponderierende Rolle schreiben der Syphilis Waelsch, Puechavy, Audry und besonders Bandler zu. Als beweisend wird dabei die fast immer vorhandene Luesanamnese betont. Da fast 90% aller Prostituierten luetisch infiziert sind, müßte man für das Ulcus vulvae chronicum bei Annahme der Lues als einzigen ätiologischen Faktor ein häufigeres Vorkommen erwarten. In unserem Falle ergab die WR ein positives Resultat, dagegen fiel die Bussosche Luetinreaktion, die die gummösen Prozesse fast immer anzeigt, negativ aus. Die Histologie, auf die wir noch zurückkommen, ist auch ganz belanglos. Wir wissen, daß die Infiltration und die Rigidität den untersten Abschnitt des Rektums einnimmt und daß sich die Stenose regelmäßig 4—6 cm oberhalb des Sphinkters befindet. Dieser an eine konstante Strecke lokalisierte Prozeß widerspricht dem luetischen Charakter und ist eher durch anatomische Verhältnisse zu erklären (Jersild). Jersild konnte in 2 Fällen die Lues als ätiologisches Moment mit voller Sicherheit ausschließen, da bei den betreffenden Frauen viele Jahre nach Beginn der ano-rektalen Affektion sekundär luetische Symptome aufgetreten sind. Es ist zu betonen, daß in vielen Fällen weder eine bestehende, noch eine überstandene Lues nachzuweisen ist. Tatsache ist, daß die Alteration der Lymphdrüsen und die dadurch bedingte Ausschaltung ihrer physiologischen Tätigkeit oder die gleichbedeutende Totalexstirpation der Leistendrüsen — Koch berichtet über 20 einschlägige Fälle — imstande sind, eine Störung der Lymphzirkulation herbeizuführen und dadurch das Milieu zu diesem Syndrom zu schaffen. Es ist immerhin denkbar, daß infolge einer Peri- und Endovasculitis luetica bzw. einer durch Lues bedingten Sklerosierung der Lymphdrüsen die

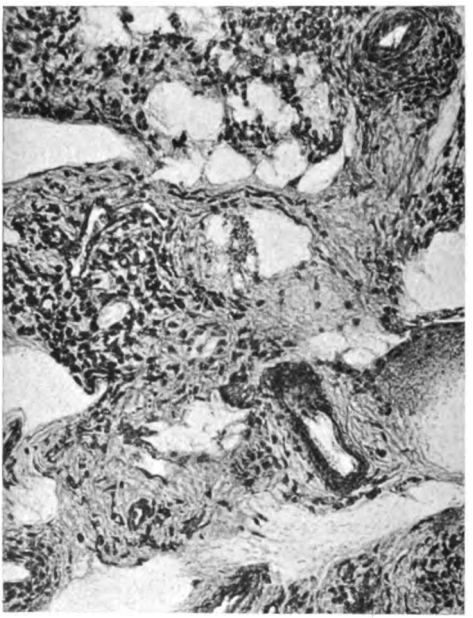


Abb. 1.
Schnitt aus dem Hilusgebiet. Bindegewebshyperplasie mit erweiterten Lymphräumen

Digitized by Google

Lymphstauung ausgelöst werden kann. Bei unserer Pat. zeigte sich trotz der energischen antiluetischen Therapie keine Besserung.

Pat. reagierte auf 0,0001 Alttuberkulin (subkutan) mit positiver Stichreaktion, mit hohem Fieber ohne makroskopisch nachweisbarer Reaktion der erkrankten Hautpartien, welches Phänomen bei einem Falle von Lymphskrotum an unserer Klinik beobachtet und als Fernreaktion gedeutet wurde. Auch dort handelte es sich um einen vollkommen unspezifischen histologischen Befund, und das plötzlich aufgetretene Ödem der Genitale war als Stauungssymptom aufzufassen, das durch die Herdreaktion der tuberkulös erkrankten Lymphdrüsen verursacht worden war. Der Tierversuch mit der exstirpierten Leistendrüse fiel negativ aus. Überimpfung des Eiters konnte bei dem soliden Charakter der Genitalschwellung nicht gemacht werden. Es sind besonders die Versuche von Milian und Delaitre, die den Tierversuch mit dem Abszeßeiter wünschenswert machen. Ihnen gelang durch den Eiter eines Abszesses aus dem Esthiomènegebiet die Übertragung der Tuberkulose auf das Meerschweinchen. Bei den wiederholten bakteriologischen Untersuchungen des Geschwürsekretes konnten keine säurefesten Stäbchen nachgewiesen werden.

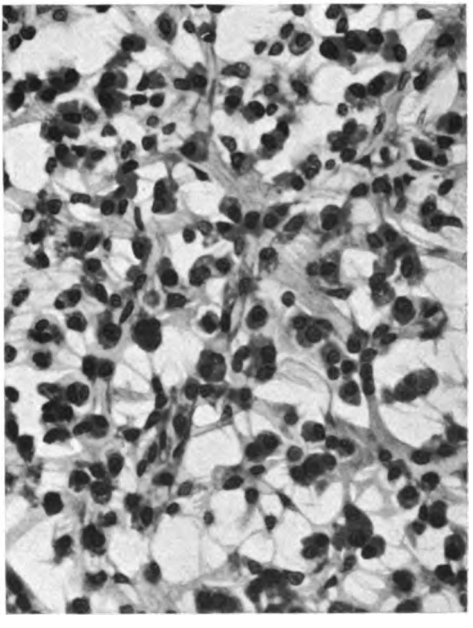


Abb. 2
Plasmazelleninfiltrat bei starker Vergrößerung

Besonders Neuberger und Gullien haben großes Gewicht auf die Rektalgonorrhoe gelegt und brachten die Wandinfiltrate und die Rektalstriktur mit gonorrhoischen Schleimhautgeschwüren in Zusammenhang. Wir konnten weder im Rektalausstrich noch im Sekret des Urogenitaltraktes Gonokokken nachweisen. Es ist auch keinem der Autoren gelungen, den gonorrhoischen Ursprung solcher Ulzera einwandfrei nachzuweisen.

Die Freische Intrakutanreaktion auf Lymphogranulomatosis inguinalis gab ein negatives Resultat. Die ätiologische Rolle der Lymphogranulomatosis inguinalis wurde von A. Koppel und W. Frei zum erstenmal bei der Esthiomène in Erwägung gezogen. Sie teilten 5 Fälle mit positiver Freischer Reaktion mit und sehen — die eventuelle Rolle der vorhandenen Lues- oder Tuberkuloseanamnese nicht ganz ausschließend — auf Grund dieser Reaktion einen wichtigen ätiologischen Faktor des Ulcus elevatum chronicum in der Lymphogranulomatosis inguinalis. Wenn auch diese Ätiologie bei den Freischen Fällen anzunehmen ist, fehlt hier als absoluter Beweis die Drüsenhistologie. In unserem Falle war weder

Digitized by Google

klinisch noch histologisch ein Anhaltspunkt für Lymphogranulomatosis inguinalis. Die von PHYLLACTOS beschriebenen sternförmig verzweigten Abszesse, Epitheloid- oder LANGHANSsche Riesenzellen fehlten. Wir mußten auch die sog. „Corpuscules", die von GAMNA als Parasiten, von PHYLLACTOS als „débris picnotiques" (Zelltrümmer) aufgefaßt werden, vermissen. Dieses für die Lyphogranulomatosis inguinalis charakteristische Bild war sowohl bei den Fällen unserer Klinik (SAMEK), als auch in den von F. FISCHL überlassenen Präparaten nachzuweisen. Es ist auch bemerkenswert, daß die Esthiomène bei Männern viel seltener beobachtet wird als bei Frauen — das Verhältnis ist nach NOBL 3 : 1, nach JULIUSBERGER und RICHARDO 7 : 1, nach GARDEBERT 8 : 1 —, während im Gegensatz dazu die Lymphogranulomatosis inguinalis sechsmal häufiger bei Männern vorkommt als bei Frauen (HOFFMANN, FREI).

Abb. 3. Partie aus dem Esthiomènegebiet. Lymphektasien mit Plasmazellen und Lymphozyten. LANGHANSsche Riesenzellen

Die histologische Untersuchung wurde sowohl an exstirpierten Inguinaldrüsen als auch an Gewebsstücken aus dem Ulkusgebiet vorgenommen. Die Lymphdrüse erscheint auf der Schnittfläche rötlichgrau, von härterer Konsistenz und etwas trockener als unter normalen Verhältnissen. Die normale Zeichnung ist vollkommen aufgehoben, Mark und Rindensubstanz zeigen keine Strukturdifferenzen. Die zelligen Elemente weisen eine wesentliche Abweichung von den normalen Lymphdrüsenelementen auf. Man findet neben dem Schwund der Lymphfollikel das adenoide Gewebe durch massenhafte, verschieden große Plasmazellen substituiert. In den Maschen des Retikulums sieht man spärliche Reste des zugrunde gegangenen lymphatischen Gewebes. Die vorhandenen Gefäße sind hochgradig alteriert. Es besteht leichte Kapselverdickung mit Hyperplasie des Stützgerüstes. Im Hylusgebiet ist es zu multiplen Narbenbildungen mit Gefäßthrombosen gekommen. Aus diesen schweren anatomischen Veränderungen resultieren die hochgradigen Störungen sowohl des Filtrationsmechanismus als auch der lymphopoetischen Funktion. Das exzidierte Gewebsstück stammt aus einer ulzerierten Partie des großen Labiums. Die Epidermis ist nur wenig im Sinne einer geringen Akanthose und Hyperkeratose verändert. Starker Pigmentgehalt des Rete Malpighi. Es sind Pigmenteinlagerungen auch im Korium nachzuweisen. Die Kutis zeigt eine ödematöse Beschaf-

Digitized by Google

heit. Sämtliche Lymphgefäße sind vermehrt und erweitert und zeigen vielgestaltige Formen der Ektasien. Man sieht besonders um die Blut- und Lymphbahnen ein dichtes Zellinfiltrat, aus Plasmazellen und Lymphozyten bestehend. Keine epitheloiden Zellen, vereinzelt Langhanssche Riesenzellen. Die Herkunft der letzteren, die sich in einem Gewebsabschnitt befinden, der fast keine entzündliche Reaktion aufweist, ist durch einen chronischen (nichtspezifischen) Prozeß nicht ohne weiteres zu erklären. Die Elastikafärbung bringt eine Abnahme der elastischen Fasern zutage.

Wenn wir die Pathogenese der genito-ano-rektalen Affektion genau verfolgen, kommen wir zu wichtigen Ergebnissen. Die im Vordergrund stehende Lymphstauung ist immer die Folge eines Passagehindernisses in den regionären Lymphdrüsen. Am häufigsten sind die inguinalen Lymphdrüsen ergriffen, die mit den Lymphbahnen des genito-analen Hautbereiches in Verbindung stehen. Es wäre also die Entstehung der immer vorhandenen Rektalstriktur durch eine rein inguinale Drüsenaffektion nicht zu erklären. Bekanntlich ziehen die Lymphbahnen des distalen Rektalabschnittes zu den Gerotaschen ano-rektalen Ganglien und stehen mit dem ano-genitalen Lymphnetz in Verbindung, so daß bei dem Abflußhindernis in inguine der Abfluß durch die ano-rektalen Anastomosen ermöglicht wird (Jersild). Es treten also erst bei Erkrankung der Gerotaschen ano-rektalen Ganglien die schweren Stauungssymptome ein. Wenn wir alle ins Gewicht fallenden Momente, die eine anatomische Veränderung im Lymphdrüsenbereich zur Folge haben, berücksichtigen, ergibt sich, daß

1. die Destruktion die Folge eines lokal beschränkten Prozesses sein kann, wo also die Primärläsion in der Drüse zu suchen und wo der periphere Ursprung nicht nachzuweisen ist; dazu kann auch die operative Entfernung der Lymphdrüsen gerechnet werden;

2. Funktionsstörungen der Lymphdrüsen sekundären Charakters aus Ulzerationen oder mikroskopisch nachweisbaren Schleimhautrhagaden durch Verschleppung von Zerfallsstoffen oder Mikroorganismen entstanden sein können.

Ob es sich in unserem Falle um einen Bakterienimport handelte, wobei nach Sabouraud dem Streptokokkus eine besondere Rolle zukommt, läßt sich mit Sicherheit nicht behaupten.

Zusammenfassend können wir sagen, daß die Entstehung der Esthiomène nicht auf eine einheitliche Ätiologie zurückgeführt werden kann, sondern als Folge verschiedener Affektionen aufzufassen wäre, die sich zumindest klinisch-makroskopisch durch dasselbe Krankheitsbild äußern.

Literatur

Koch, Arch. f. Derm., Bd. 34. — Milian u. Delarue, Bull. de la soc. franç. de derm., Jahrg. 34, Nr. 6 u. 7. — Jersild, Ann. de Derm., 1920. — Bandler, Arch. f. Derm., Bd. 48. — Bandler, Festschr. F. J. Pick. — Frei, W., Kl. W., 1929, Bd. 2. — Koppel, A., u. W. Frei, Kl. W., 1928, Bd. 2. — Hudelo, Rabut u. Cailliau, Bull. de la soc. franç. de derm., Jahrg. 33. — Schoenhof, Clara, Arch. f. Gyn., Bd. 118. — Dubreuilh, Pratique de Derm., Bd. 2. — Jacobi, Verhandl. der D. Derm. Ges., 1. Kongr. — Fabry, Handb. d. Haut- u. Geschlechtskrkh., Bd. 21. — Weinberger, Derm. W., Bd. 88, Nr. 21. — Fischl, F., Handb. d. Haut- u. Geschlechtskrkh., Bd. 21.

Digitized by Google

Über nach Chromsäuredermatitis entstandene Vitiligo mit überempfindlicher lichenoider Randzone[1])

Von

Prof. Dr. Werther in Dresden

Ein 39jähr. Lithograph machte ein schweres Ekzem der Hände und Unterarme durch, welches durch Chromsäure verursacht war und sich an eine kleine Schnittwunde örtlich und zeitlich anschloß. Nach ½ Jahr entstand symmetrisch an beiden Unterarmen längs der Ulna eine Pigmentverschiebung, welche jederseits eine große weiße Fläche, von einem scharf gezeichneten, hyperpigmentierten Rand eingeschlossen, zeigt. Diese weißen Herde entsprechen nicht genau der Ausbreitung des Ekzems und entsprechen auch nicht den Narben einzelner Herde, welche geeitert haben. Die weiße Haut zeigt sich nicht verdickt, ist vollständig glatt, fast ohne Poren und Haare. Die Symmetrie und die große Fläche der Affektion bestimmten mich, die Sache als Vitiligo anzusehen. Nach eiternden Wunden entstehen wohl depigmentierte Narben, die sich im ganzen an den Bezirk der Erkrankung halten. Ferner sehen wir „konsekutive" Depigmentation nach einem abgeheilten Lichen ruber atrophicans und häufiger noch nach Neurodermien, welche viel gekratzt worden sind, so besonders bei Männern am Skrotum, bei Frauen um die Vulva herum und bei beiden Geschlechtern am Anus nach Pruritus. Auch diese Affektionen entsprachen nicht dem hier beobachteten Vitiligo.

In der Literatur habe ich nur einen zweiten Fall als Analogon gefunden. Das ist die Beobachtung von Jordan (Moskau), der ein Vitiligo im Anschluß an Quecksilberdermatitis entstehen sah. Wenn wir diese Vitiligo als eine trophische Störung ansehen, welche noch besonders im vorliegenden Fall durch den Mangel an sichtbaren Poren und Haaren betont wird, so können wir als Ursache auf eine toxische zentrale Schädigung des vegetativen Nervensystems zukommen, welches sich symmetrisch und metameral auswirkt.

Die Vitiligo ist wiederholt nach Infektionskrankheiten (Scharlach, Typhus) beobachtet worden, wo allgemeine infektiös-toxische Schädigungen vorhanden sind. Sie ist ferner nach psychischen Insulten beobachtet worden. So ist von Welander 1894 (Ann. de Derm. et de Syph.) ein Vitiligo nach erlittenem Schiffbruch beobachtet worden, der später krisenartiges Jucken im Vitiligobezirke und Lichen simplex zeigte. Es ist ebenso möglich, daß chronische psychische Einwirkungen, z. B. Angst und Sorge, einen depressiven Einfluß auf das vegetative Nervenzentrum ausüben können. Im vorliegenden Fall können die kleinen Chrommengen, welche durch eine Schnittverletzung eingedrungen sind, toxisch gewirkt haben. Es könnte aber auch die Sorge um die Existenz den erwähnten psychischen Einfluß auf das vegetative Nervensystem ausgeübt haben, welche im Bezirke

[1]) Vorgetragen im Verein Dresdner Dermatologen, 12. III. 1930.

Digitized by Google

der vorhergegangenen akuten Hauterkrankung offene Bahnen für ihre periphere Auswirkung gefunden hat, oder auch beide Momente können Einfluß gehabt haben.

Das zweite Eigentümliche an diesem Fall ist, daß die weiße Zone eingerahmt ist von kleinen, roten, harten Knötchen, welche jucken und stellenweise schnurartig aneinandergereiht die Grenze zwischen dem weißen und braunen Bezirk nachziehen. Derartige Beobachtungen sind schon hin und wieder gemacht worden und haben durch KREIBICH 1908, 1910 und 1911, ferner durch seine Schüler SÖLLNER, FISCHER und WEINBERGER Bearbeitung und Deutung gefunden. Neuerdings hat WORONOFF eine chemische Differenz zwischen den melaninhaltigen und melaninlosen Bezirken gefunden. Die lichenoide Eruption ist der Ausdruck einer Überempfindlichkeit an der befallenen Stelle. Diese Überempfindlichkeit entspricht nicht dem in der Immunitätslehre gebrauchten Begriffe, welche eine Gewebsreaktion gegen Bakterienprodukte bezeichnet, sondern sie beruht nach KREIBICH auf einer veränderten Innervation, sie ist also eine nervöse Überempfindlichkeit zentralen Ursprungs. Auf Grund derselben kommt es peripher zu einer vasomotorischen Reaktion, z. B. knötchenbildender Entzündung, wenn ein Reiz hinzukommt. Dieser Reiz kann die Reibung der Kleidungsstücke sein, kann ein chemischer, thermischer, kann auch ein endogener Reiz sein. Im Gegensatz zu der überempfindlichen Randzone ist das Zentrum der Vitiligoflecke als unterempfindlich gefunden worden.

Analog den Vitiligoflecken verhielten sich auch die Leukodermalflecken. So beobachtete KREIBICH, daß bei einer Reizung durch Prießnitzumschläge oder durch Krotonöl die weißen Flecke frei blieben, die Umgebung eine Dermatitis zeigte.

Weiter war in zwei Fällen von Vitiligo, die gleichzeitig der eine Ekzem, der andere Psoriasis hatten, die Überempfindlichkeit des Randes durch dichtere Effloreszenzen ausgedrückt.

Ferner beobachtete KREIBICH folgendes: Ein 10jähr. Mädchen hat im Nacken eine Vitiligo um einen zentralen Pigmentnaevus herum. Dieser Herd im Nacken ist von schnurartig angereihten entzündlichen Knötchen begrenzt. Diese Entzündung zeigte sich als eine Reaktion auf Kopfläuse, und zwar vermittelt nicht durch die Pedikuli selbst, sondern durch das Kratzen und Scheuern in Verbindung mit der regionären Überempfindlichkeit des Vitiligorandes. Der lichenoide Ausschlag heilte nach Beseitigung der Pedikuli ab. Dieses reflektorische Ekzem spricht für eine veränderte zentrale Innervation der Vitiligohaut, wie überhaupt die Symmetrie, die Kombination mit Alopezie, das Auftreten nach psychischen Traumen für den zentral-nervösen Charakter der Vitiligo sprechen.

Man kann auch im vorliegenden Fall die symmetrische Ausbreitung der Vitiligo in der Längsachse des Unterarms als metameral bezeichnen, d. h. dem Verbreitungsbezirk der Nerven aus einem gewissen Rückenmarkssegment entsprechend. Für die interessante Tatsache, daß gewisse metamerale Bezirke sich von der anderen Haut durch veränderte Reaktion auf endogene oder exogene Reize unterscheiden, sind außer den Vitiligoerfahrungen noch gewisse Beobachtungen an Naevi und an sogenannten strichförmigen Ekzemen oder strichförmigen Lichen simplex

Digitized by Google

wichtig. Diese Naevi, wenn sie an dem Rande Überempfindlichkeits- oder Unterempfindlichkeitszonen aufweisen, würden Beispiele für eine angeborene Innervationsveränderung sein, der Chromsäure- oder Hydrargyrum-Vitiligo für eine erworbene sprechen. In folgendem Fall beobachtete ich, daß ein 60jähr. Kranker im Anschluß an eine gegen Rheumatismus im Knie gebrauchte Einreibung eine heftige Dermatitis an Knie und Bein bekam. Nach wenig Tagen erschien am Leib eine strichförmige, streng mit der Mittellinie abschneidende rote, juckende lichenoide Eruption, gleichzeitig am Arm derselben Seite ein strichförmig in einer Voigtschen Linie sich ausbreitender Knötchenausschlag. In diesem Fall lag kein Naevus und keine Vitiligo vor, aber offenbar eine wie bei beiden genannten Affektionen geschädigte Innervation der Haut. Der allgemeine Juckreiz war durch die Dermatitis am Knie gegeben, und reflektorisch über das Zentrum erschien eine streng halbseitig und strichförmig begrenzte Dermatitis. Ich demonstriere das Lichtbild dieser Affektion, welche diese erwähnte Lokalisation dartut. Die Affektion ging im Laufe einiger Wochen zurück.

Ähnliche Affektionen bespricht Kreibich im Handbuch unter Ekzem, Abschnitt Überempfindlichkeit, und Alexander unter Neurodermie. Letzterer spricht von Übergangsfällen zwischen Neurodermie und Naevus. Wir müssen wohl hier latente Naevusanlagen annehmen, die noch nicht zur Bildung morphologischer Oberflächenveränderungen geführt haben, aber doch eine veränderte Innervation zeitigen, also quasi einen Nervennaevus.

Ich möchte eine weitere Beobachtung anschließen: Ein Kind litt während der Dresdner Mikrosporieepidemie an Alopecia parvimaculata. Neben anderen zahlreichen kahlen Flecken fand ich um einen zehnpfennigstückgroßen Naev. sebaceus der Kopfhaut herum einen alopezischen Ring von 0,5 cm Breite. Der Naevus hatte also eine überempfindliche Zone um sich herum, und diese hatte die Disposition für die Lokalisierung einer im Lymphstrom zirkulierenden, sich trophisch auswirkenden Schädigung abgegeben. Die Beobachtung erweiterte sich noch: der Naevus wurde unter Novokain-Suprareninanästhesie exzidiert, und 3 Wochen nach der glatten Heilung verbreiterte sich der Alopezieherd auf die Größe eines Fünfmarkstückes! Es war also in der Umgebung des Naevus eine Überempfindlichkeit gegen verschiedene Gifte vorhanden: ich vermute gegen das Sympathikusgift Suprarenin.

Es geht aus diesen Beobachtungen hervor, daß unser Hautkleid Stellen größerer und geringerer nervöser Empfindlichkeit besitzt, Veränderungen, welche sowohl angeboren wie erworben sein können. Die Sammlung einschlägiger klinischer Beobachtungen kann uns besondere Lokalisationen von Exanthem erklären.

Digitized by Google

Aus der 3. Medizinischen Abteilung des Allgemeinen Krankenhauses Hamburg-Barmbeck
(Leiter: Prof. Dr. Platz)

Über Myasthenia pseudoparalytica, wahrscheinlich auf kongenital-luischer Basis

Von

Dr. Klara Oppermann

Nachdem durch Erb 1878 die Myasthenia pseudoparalytica — damals unter dem Namen der Bulbärparalyse ohne anatomischen Befund — ihre erste Beschreibung erfahren, Goldflam auf den wechselnden von Remissionen unterbrochenen Verlauf aufmerksam gemacht hatte, Weigert und Knoblauch erste anatomische Veränderungen nachgewiesen hatten, stand sie in ihrer Symptomatologie und ihrem Verlauf bereits als ein geschlossenes Krankheitsbild da. In den letzten Jahrzehnten hat neben der Frage nach Ätiologie und dem einheitlichen anatomischen Hintergrund besonders die Frage nach der Therapie — die sich zumeist aus dem Zufall des Experiments ergab — die Kliniker beschäftigt.

Es erübrigt sich eigentlich, noch einen weiteren Fall aufzuzeigen, wenn uns nicht bisheriger Verlauf, ätiologische Vermutungen und therapeutischer Effekt dazu bestimmten.

Es handelt sich um eine 27jähr. Pat., die vom 2. I. bis 11. V. 1929 im Allgemeinen Krankenhaus Hamburg-Barmbeck behandelt wurde.

Anamnese: Vater Paralyse! Selbst: als Kind nie krank gewesen.

Jetzige Erkrankung: 1926 Halsentzündung. Wegen Diphtherieverdachts Seruminjektion. (Die Diphtherie bestätigte sich bakteriologisch nicht.) 14 Tage danach kardiale Angstzustände. Allmählich trat eine Schwäche in den Armen, Beinen und Rumpfmuskulatur auf, das Aufrichten war erschwert, Gehen und Treppensteigen mühselig. Pat. verschluckte sich leicht, so daß die Speisen durch die Nase wieder herauskamen. Die Stimme versagte, überschlug sich, allmählich auch Doppelsehen. Diese Erscheinungen nahmen immer mehr an Intensität im Laufe der letzten beiden Jahre zu, so daß Pat. ihrem Beruf als Buchhalterin — der Halter rutschte ihr aus der Hand — nicht mehr nachgehen konnte. Keinerlei Schmerzen. Menarche im 15. Jahre. Menstruation regelmäßig, o. B.

Befund: Kräftig gebaute, mittelgroße Pat. in hinreichendem Ernährungszustande. Akrozyanose der Füße und Hände. Schleimhäute gut durchblutet. Kopf: Aufrichten desselben aus der horizontalen Lage spontan nicht, mit Unterstützung leidlich möglich. Augen: Ptosis beider Oberlider, links mehr als rechts. Öffnen der Lider erfolgt nur langsam und mühsam. Leichte Protrusio bulborum und Glanzauge. Pupillenreaktion prompt. Parese des Abduzens und der äußeren Zweige des N. oculomotorius von nicht immer gleichmäßiger Stärke. Augenhintergrund o. B. Pfeifen, Mundspitzen nicht möglich. Rachen: Zunge feucht, keine sichtbare Atrophie, Zuckungen beim Herausstrecken. Bei der Inspiration und Intonation nur geringe Innervation der Gaumenmuskulatur. Gebiß intakt. Herz bis auf Beschleunigung der Aktion o. B. Lungen o. B. Leib o. B. Pat. vermag sich nicht prompt aufzurichten. Sie hilft sich durch Torsionsbewegungen, dadurch teilt sie sich einen Schwung mit, überhaupt ist beim Versuch, aus dem Ruhestadium in das Bewegungsstadium überzugehen, stets ein Schwung nötig. Dann erfolgt der Ablauf der Bewegungen gleichmäßiger und sicherer. Elevation des Armes über die Horizontale nur schwer möglich. Schnelle Ermüdung. Händedruck beiderseits matt. Keine sichtbare Atrophie der Skelettmuskulatur. Reflexe o. B. Keine Sensibilitätsstörungen. Elektrische Untersuchung: galvanisch o. B. Faradisch: myasthenische Reaktion. WR Ø. Nasenabstrich: Di Ø.

Digitized by Google

Blutstatus: Relative Lymphozytose. Hb. 68%. Blutzucker 0,06%. Kalzium im Blut 10,07 mg-%. Fahraeus 45 mm-%/Std.

Verlauf: 9. Beginn mit Embarininjektionen. 19. I. 3. Injektion. Kleinfleckiges Exanthem mit Temperatursteigerung auf 38,6. Abklingen nach 16 Stunden. 5. II. Nächtliche Tachykardie. 25. II. Besserung der Symptome, myasthenische Reaktion noch vorhanden. 25. III. Pat. geht bereits längere Zeit umher ohne zu ermüden, bewegt und fühlt sich wie ein Gesunder. Es besteht noch eine geringe Ptosis der Oberlider. Gesichtsmuskulatur sonst o. B. Myasthenische Reaktion nicht mehr vorhanden. 12. IV. Plötzlich einsetzendes Beklemmungsgefühl in der Brust. Ihr Herz gleiche einem Eisklumpen. 4. V. Nach 20 Embarininjektionen Schluß der Kur. Schlußuntersuchung: elektrisch o. B. Skelettmuskulatur o. B. Pat. fühlt sich völlig gesund. Objektiv noch geringe Parese des Abduzens, die subjektiv keine Beschwerden macht, geringe Ptosis und Protrusio bulborum. 11. V. Entlassung mit der Anweisung, sobald geringste Symptome wieder auftreten, sich in ärztliche Behandlung zu begeben.

Nachuntersuchung am 10. XII. 1929: Kräftige Pat., guter Ernährungszustand. 20 Pfund Gewichtszunahme. Kopf o. B. Augen bis auf leichte Protrusio bulborum o. B. Hirnnerven o. B. Innervation der Gaumenmuskulatur prompt. Thorax, Abdomen o. B. Extremitäten: Grobe Kraft in den Armen und Beinen gut, Pat. kann gröbere und schwerere Arbeit erledigen, wie Waschen, Reinmachen. Akrozyanose der Hände. Reflexe o. B. Rückenmuskulatur kräftig. Elektrisches Verhalten o. B. Pat. kann stundenlang wandern ohne Ermüdung zu verspüren. Ab und zu Tachykardien, bei längerem Vorlesen Versagen der Stimme als einzige subjektive Symptome.

Bereits die geschilderten Anfangssymptome ließen an eine der Bulbärparalyse nahestehende Erkrankung denken. Das Fehlen von Atrophien, von Sensibilitätsstörungen, von Reflexstörungen, von Schmerzen, von Herabsetzung der Erregbarkeit evtl. Entartungsreaktion, dabei das im Vordergrunde stehende Ermüdungsphänomen — die Jollysche Reaktion —, der Verlauf ließen die Diagnose Myasthenia pseudoparalytica stellen.

Die Ätiologie ist noch ziemlich unklar. Kongenitale Störungen werden angenommen. In diesem Falle könnte dementsprechend die Paralyse des Vaters herangezogen werden, wenn sich auch bei der Tochter die WR als negativ erwies und sich keine sichtbaren auf Lues congenita hindeutenden Erscheinungen fanden. (Eine Lumbalpunktion wurde nicht vorgenommen.) Zu dieser retrograden Annahme bestimmt uns der therapeutische Effekt.

Als auslösende Momente gelten die verschiedensten Anlässe in den einzelnen Fällen, seelische Erschütterungen (Mendel), Überanstrengungen, Infektionen (Knoblauch, Gerson, Giese und Schultze, Stransky). In unserem Falle wäre also der vor 2 Jahren überstandenen Angina (Diphtherieverdacht), in deren Anschluß sich gradatim das schwere Krankheitsbild entwickelte, diese Rolle zuzuweisen.

Man könnte zwar auch zuerst geneigt sein, darin die Ursache zu sehen, analog der Auffassung Gersons, der eine Diphtherie-Toxinschädigung des Körpers annimmt und die Myasthenia pseudoparalytica nur als Vorstufe der dauernden Parese betrachtet. Bei uns hat sich der Diphtherieverdacht nicht bestätigt, damals und auch jetzt kein Nachweis von Diphtheriebazillen.

Der Verlauf wird in einzelnen Fällen akut geschildert. Goldflam machte als erster darauf aufmerksam, daß Remissionen von wochen- bis monate-, ja bis jahrelanger Dauer zu beobachten seien, ja selbst Übergang in Heilung. In unserem Falle entwickelte sich das Krankheitsbild in 2 Jahren zur vollen Höhe, bislang besteht seit ½ Jahr eine erhebliche Remission. Keine völlige Heilung, da noch zeitweilig Tachykardien und Versagen der Kehlkopfmuskulatur sich bemerkbar machen.

Digitized by Google

Die Prognose wird als ernst bezeichnet wegen der beständigen Gefahr von Schlund- und Kehlkopfmuskellähmung.

Bei der Unklarheit der Ätiologie ist es verständlich, daß jeder therapeutische Versuch ein Tasten bedeutet. So sind die verschiedensten Medikamente angewandt worden, zeitweilig mit Erfolg, zeitweilig ohne jeden Einfluß. Arsen, Eisen, Jod, Kalziumpräparate, Solarson (Curschmann), Tetrophan (Bonn). Bei der Annahme einer Störung des vegetativen Systems Adrenalin. Bei vergrößerter Thymus — was auf die ersten anatomischen Befunde Weigerts hinweist, der die lymphozytären Zellanhäufungen in den Muskeln bei gleichzeitiger Thymusgeschwulst als Metastasen zu deuten geneigt ist — Thymusbestrahlung (Woltersdorf). Die Beobachtung von pluriglandulären Störungen, von Störungen des Glykogen- und Kalziumstoffwechsels hat ebenfalls zu therapeutischen Konsequenzen geführt (Löffler, Froböse, Bergmann). Auch die Fiebertherapie ist herangezogen worden. Zuerst wurde man durch den Zufall, daß der Patient eine interkurrente Krankheit zu überstehen hatte, die die Myasthenie günstig beeinflußte, darauf geführt (Stransky).

In unserem Falle wurden wir durch die Anamnese — Vater Paralytiker — zu dem Versuch einer antiluetischen Kur veranlaßt. Ob wir damit wirklich eine kausale Therapie angewandt haben — wenn es auch ex juvantibus so scheint — wagen wir nicht zu entscheiden. Doch liegt die Vermutung sehr nahe.

Literatur

Oppenheim, Handb. d. Neurologie. — Goldflam, D. Zschr. f. Nervenhlk., 1893, Bd. 4. — Weigert, Neurol. Zbl., 1901. — Mendel, Neurol. Zbl., 1901. — Knoblauch, Frankf. Zschr. f. Path., Bd. 2. — Gerson, B. kl. W., 1916, Nr. 51. — Curschmann, Zschr. f. d. ges. Neurol., 1919. — Bonn, Zschr. f. Nervenhlk., 1926. — Woltersdorf, Psych. neurol. W., 1928, Jahrg. 30, Nr. 12. — Löffler, Zschr. f. kl. M., 1919. — Froböse, Zschr. f. kl. M., 1918, Bd. 86. — Stransky, W. kl. W., 1927, Jahrg. 40, Nr. 39. — Bergmann, Zschr. f. kl. M., 1928, Bd. 108. — Giese u. Gr. Schultze, Zschr. f. Nervenhlk., 1900.

Mitteilung aus Statens Seruminstitut zu Kopenhagen (Chef: Dr. Thorvald Madsen)

Untersuchungen über die neue Schnellreaktion nach Kahn

Von

Priv.-Doz. Dr. Harald Boas

Leiter der Wassermannstation in Statens Seruminstitut

In zwei früheren Arbeiten[1]) hat Verfasser die alte Kahnsche Reaktion studiert und dieselbe als eine vortreffliche Reaktion gefunden, welche die WR in ausgezeichneter Weise ergänzt. Später hat Kahn seine Reaktion modifiziert; er benützt dasselbe Antigen wie bei der ursprünglichen Reaktion, es wird aber nach Titrierung mit gleicher oder fast gleicher Menge Salzwasser verdünnt und dann 5—6mal schnell geschüttelt. Nach Reifung in 10 Minuten wird 0,05, 0,025 und 0,0125 ccm in 3 Röhrchen abpipettiert. In jedes Röhrchen kommt noch 0,15 ccm Serum, das

[1]) Derm. Zschr., 1925, Bd. XLIII, Urologic and Cutaneous Review, 1927, Bd. XXXI.

Digitized by Google

½ Stunde bei 56° inaktiviert ist. Die Röhrchen werden dann mit der Hand in 10 Sekunden stark geschüttelt und 10 Minuten ins Wasserbad bei 37° hingestellt. Nachher werden die Röhrchen in einer Schüttelmaschine in 3 Minuten stark geschüttelt. Schließlich wird noch ½ ccm Salzwasser in die beiden letzten Röhrchen und 1 ccm in das erste abpipettiert. Die Röhrchen werden dann wieder mit der Hand geschüttelt und nach 5 Minuten kann die Ablesung folgen. KAHN selbst liest die Reaktion mit dem bloßen Auge ab; mit einer gewöhnlichen Lupe, die 10mal vergrößert, ist die Ablesung jedoch viel leichter.

Die neue KAHNsche Methode hat schnell eine große Verbreitung gefunden, besonders in Amerika, wo zahlreiche Forscher die Reaktion als ebensogut wie oder besser als die WR finden. Auch hier in Europa hat KAHN mit seiner „Rapid method" glänzende Resultate erreicht, indem er in der Kopenhagener Konferenz 1928 unmittelbar nach der Müller-Ballungsreaktion die empfindlichsten Resultate hatte. Unter 499 Syphilitikern hatte KAHN 305 positive Resultate und keine unspezifischen. Später ist die Reaktion von mehreren europäischen Untersuchern empfohlen worden (THJÖTTA, BLUMENTHAL, GROSS & OELRICHS u. a.).

Eigene Untersuchungen

Schon vor der Konferenz hatte ich die KAHNsche Reaktion untersucht und damit sehr gute Resultate bekommen[1]). In derselben Konferenz hatte ich mit der KAHNschen „Rapid method" sehr gute, obgleich selbstverständlich etwas geringere Resultate als KAHN selbst. Ich habe später im Statens Seruminstitut die Versuche fortgesetzt und mehr als 5000 Sera untersucht. Sie sind alle aus den Proben herausgenommen, welche zu der WR eingesandt sind. Der größte Teil der Proben entstammt Hospitalsabteilungen, von denen man leicht Erläuterungen betreffs der klinischen Diagnose erhalten konnte, wenn das Resultat der Reaktion nicht mit den angegebenen Daten stimmte. Ein kleiner Teil des Materials entstammt meiner eigenen privaten und poliklinischen Praxis und besteht überwiegend aus latenten und behandelten Syphilitikern, während das Material der Hospitalsabteilungen mehr frische Fälle von Syphilis sowie Kontrollfälle sind, speziell tuberkulöse und gravide. Die Reaktionen sind teils von mir persönlich ausgeführt, teils von der vieljährigen tüchtigen Assistentin des Instituts, Fräulein ØIGAARD, der ich für ihre gute Hilfe zu vielem Dank verpflichtet bin. Alle Proben sind gleichzeitig mit der WR untersucht worden.

Die Technik ist ausgeführt genau wie oben beschrieben. Es ist von verschiedener Seite (RUBINSTEIN, MEINICKE u. a.) angegeben worden, daß die Ablesung der Reaktion recht schwierig sei. Wenn man aber immer eine Lupe benutzt, ist das Resultat nach meiner Auffassung recht leicht zu beurteilen. Nach den Bestimmungen des Völkerbundes werden sämtliche serologischen Reaktionen mit folgenden Bezeichnungen abgelesen: +, ± und —. Eine sehr starke Reaktion mit KAHNs Schnellmethode, die mit ++ bezeichnet wird, entspricht einer Ausfällung in allen 3 Röhrchen, eine +-Reaktion einer Ausfällung in den beiden letzten Röhrchen und keiner im ersten. Findet sich nur eine Ausfällung im letzten Röhrchen und keine im ersten, ist die Reaktion als ± zu bezeichnen.

Die Reaktion, welche außerordentlich leicht anzustellen ist, kann schon nach 25 Minuten abgelesen werden. Die stark positiven Reaktionen sind ungemein charakteristisch; in einer vollständig klaren Flüssigkeit sieht man große weiße Flocken, die schon mit dem unbewaffneten Auge leicht zu erkennen sind. Selbst der mittelst Geübte kann gleich die stark positiven Reaktionen erkennen. Die schwachen Reaktionen werden am besten mit Lupe angesehen. Man sieht dann größere und kleinere Flocken in der Flüssigkeit flottieren. Wie bei allen Präzipitationsreaktionen sind natürlich die ganz schwachen Reaktionen ab und zu ein bißchen schwierig zu beurteilen. Es gibt Grenzfälle, wo man einige Flocken sieht, welche so wenig und klein sind, daß man nicht weiß, ob man die Reaktion als + oder ± bezeichnen soll. In allen solchen Fällen ist es besser, nicht zu fein abzulesen. In einer kleinen Anzahl von Fällen ist die Reaktion „atypisch", das heißt am stärksten im ersten Röhrchen und weit schwächer in den beiden letzteren, während im allgemeinen die

[1]) Wenn ich die noch sehr empfindliche MÜLLER-Ballungsreaktion nicht bevorzugt habe, ist die Ursache, daß diese Reaktion in seiner ursprünglichen Ausführung technisch sehr schwierig ist.

Digitized by Google

Ausfällung im dritten Röhrchen die stärkste und die im ersten Röhrchen die schwächste ist. Solche atypische Reaktionen entsprechen immer einer starken positiven WR und sind als ++ zu bezeichnen.

Die WR ist teils nach der von Thomsen & Boas[1]) beschriebenen Methode mit Herzextrakt ausgeführt, teils mit einem syphilitischen Leberextrakt von Dr. Fresenius' Apotheke in Frankfurt a. M. Dieser ist etwas mehr empfindlich als der alkoholische Herzextrakt.

Das Resultat meiner Untersuchungen geht aus untenstehender Tabelle hervor:

Art der Krankheit	Anzahl der Fälle	+WR +KR	+WR −KR	−WR +KR	−WR −KR
Syph. I	62	18	**2**	**6**	36
Syph. II . . .	131	131	**0**	**0**	0
Syph. III . . .	77	77	**0**	**0**	0
Syph. latens . .	2768	1194	**70**	**299**	1205
Tabes, zum Teil früher beh. . .	22	13	**0**	**9**	0
D. p.	37	36	**1**	**0**	0
Syph. cong. . .	10	10	**0**	**0**	0
Syph. cong. lat. .	28	5	**1**	**7**	15
Syph. im ganzen	3135	1484	**74**	**321**	1256
Kontrollfälle . .	2226	0	**0**	**1**	2225
Im ganzen . . .	5361				

Wie man gleich aus den Kolonnen sieht, wo die Zahlen mit fetten Typen gedruckt sind, ist die Kahnsche Reaktion bedeutend mehr empfindlich als die WR. In 62 Fällen von primärer Syphilis war die Kahnsche Reaktion 6mal positiv, wo die WR fehlte, während das umgekehrte nur 2mal der Fall war. Bei sekundärer und tertiärer Syphilis und bei manifester kongenitaler Syphilis sind beide Reaktionen in allen untersuchten Fällen positiv. Der größte Unterschied zeigt sich bei latenter Syphilis; hier wird die Syphilis 299mal nur mittels der Präzipitationsreaktion konstatiert, während die WR negativ ist; das umgekehrte ist nur 70mal der Fall. Bei Tabes dorsalis, zum Teil früher behandelt, fällt die Kahnsche Reaktion 9mal positiv aus, wo die WR negativ ist, während das umgekehrte überhaupt nicht konstatiert wird. Bei Dementia paralytica finden wir dagegen 1mal positive WR mit negativer Kahnscher Reaktion, während bei Syphilis congenita latens die Kahnsche Reaktion wieder überlegen ist, indem sie 7mal positiv ist, wo die Komplementbindungsreaktion negativ ausfiel; dagegen ist die WR nur 1mal positiv, wo die Präzipitationsreaktion fehlte.

In 3135 Fällen von Syphilis im ganzen fiel die WR 1558mal = 49% positiv aus, während Kahns Reaktion positiven Ausschlag 1805mal gab = 57%. 74mal reagierte nur die WR positiv = 2%, 321mal reagierte nur Kahns Reaktion positiv = 10%.

In den Fällen, wo die WR positiv ausfiel, während Kahns Reaktion negativ war, handelte es sich in der Regel um schwache Komplementbindungsreaktionen, das heißt partielle Hemmungen mit 0,2 ccm Serum mit dem Herzextrakt als Antigen oder allein positive Reaktion mit dem syphilischen Leberextrakt. Doch fanden sich 6mal recht starke WR (0.60.100, 0.0.40.100, 0.0.20.100, 0.0.20.60.100, 0.0.40.100 und 0.0.0.20.100), wo Kahn komplett negativ ausfiel. Der eine Fall von Dementia paralytica, wo Kahn negativ war, hatte diese letzte Reaktion; dieser Fall ist auch von Forssmann in Lund mit genau demselben Resultat untersucht worden. In den Fällen, wo die WR fehlte, war die Kahnsche Reaktion sehr oft recht stark (++); z. B. reagierten die erwähnten 7 Fälle von Tabes alle maximal positiv.

[1]) Siehe Boas, Die Wassermannsche Reaktion. Verlag von S. Karger. Berlin 1922, III. Auflage.

Digitized by Google

Von 2226 Kontrollfällen reagierte 1 Patientin positiv mit KAHN[1]); es handelte sich um eine 77jährige Frau, die jedoch eckige Pupillen mit träger Lichtreaktion hatte. Kurz nach der Blutuntersuchung starb die Patientin; bei der Autopsie wurden keine syphilitischen Veränderungen gefunden. Wegen der Pupillaranomalien ist dieser Fall also doch für Syphilis etwas suspekt. Rechnet man aber das Resultat als unspezifisch, ist die Zahl der positiv reagierenden so klein (1 von 2226), daß man vermutlich annehmen kann, daß es sich doch um einen Fall von latenter Syphilis handelt, welche durch die mehr empfindliche Fällungsreaktion enthüllt worden ist. Selbstverständlich darf man nur mit einer gewissen Vorsicht solche positive Kontrollfälle als latente Syphilitiker ansehen, speziell bei einer neuen Reaktion; wenn aber die Zahl so niedrig ist wie hier, spricht doch viel für diese Ansicht. Eine Vermutung nach dieser Richtung wird ferner dabei bestätigt, daß mehrere anscheinend unspezifische Reaktionen durch nähere Untersuchungen die Patienten als latente Syphilitiker enthüllt haben. Z. B. gab ein Kind ohne klinische Symptome an Syphilis kurz nach der Geburt negative WR, aber maximal positive KAHNsche Reaktion. 1 Woche später genau dasselbe Resultat. 14 Tage später WR ++, KAHN ++, gleichzeitig Manifestationen von kongenitaler Syphilis. Die KAHNsche Reaktion hat also 14 Tage vor der WR die kongenitale Syphilis enthüllt.

Übereinstimmend positiv reagierte die KAHNsche Reaktion und die WR in 1484 Fällen, übereinstimmend negativ in 3481 Fällen, was bei 5361 Fällen im ganzen einer Prozentzahl von 92 entspricht. Dieses Resultat stimmt sehr gut mit den Befunden anderer Untersucher.

Fragt man nun, ob die KAHNsche Reaktion die WR ersetzen kann, so will ich diese Frage verneinen. Es wird das beste sein, die beiden Reaktionen nebeneinander anzustellen, weil es immer Fälle gibt, die nur von der einen Reaktion angezeigt werden. Sollte man zwischen den beiden Reaktionen wählen, dann würde ich die KAHNsche als die leichtere und mehr empfindliche vorziehen. Handelt es sich aber um eine große Zentraldiagnosestation, wird es natürlich das beste sein sowohl die WR als die KAHNsche anzuwenden.

Zusammenfassung

In 5361 Fällen zeigte die KAHNsche Reaktion im Serum in 93% Übereinstimmung mit der WR. Die Anzahl von anscheinend unspezifisch reagierenden Seren ist sehr klein (1 von 2226).

Die KAHNsche Reaktion ist leichter anzustellen und bedeutend mehr empfindlich als die WR.

Literatur

BLUMENTHAL, M. Kl., 1929, Nr. 39. — GROSS & OELRICHS, Kl. W., 1929, Nr. 32. — KAHN, The Kahn Test., Baltimore 1928. — MEINICKE, M. m. W., 1929, Nr. 15. — Report of the second laboratory conference of the serodiagnosis of syphilis. Geneva 1928. Held at Copenhagen. May 21st to June 4th 1928. — THJÖTTA & BLIX, Forhandlinger ved Nordisk dermatologisk Forenings syvende Möte. Oslo 1929.

Versammlungen

Berliner Dermatologische Gesellschaft

Sitzung vom 29. November 1929

Bericht von L. Kleeberg-Berlin

Universitäts-Hautklinik:

Blumenthal: Zwei Fälle von Xanthomatosis.

1. 47jähr. Mann, seit 15 Jahren Geschwulstbildung, zuerst am rechten Zeigefinger, später am ganzen Körper gelblich durchscheinende, bläulichrote, glatte Tu-

[1]) Es reagierte noch 1 Patient positiv mit KAHN, wo keine Erläuterungen über Syphilis vorlagen; dieser Fall ist aber nicht mitgerechnet worden, weil der Patient nicht wieder aufgefunden werden konnte, so daß man keine genauere Anamnese und Untersuchung vornehmen konnte.

Digitized by Google

moren, symmetrisch angeordnet. Auch an den Streckseiten der Hände und Beugeseiten der Finger und Handteller entsprechend den Nervensträngen konfluierende linsen- bis erbsengroße Tumoren. Xanthelasmaähnliche Gebilde gehen vom Augenwinkel aus. Stoffwechseluntersuchung (Dr. Seelig). Blutzucker: nüchtern 85 mg%. Cholesterin im Blutserum nach Meyers 900 mg%, deutliche Erhöhung.

2. 67jähr. Frau, vor 20 Jahren gelbe Ränder unter und über den Augenlidern von Prof. Silex wegen Xanthelasmas operiert. Vor 3/4 Jahren rote Flecken an beiden Augen, die allmählich zu haselnußgroßen Geschwülsten anwuchsen. Um beide Augenlider herum erbsengroße bis bohnengroße Geschwülste von bläulicher Farbe, gelb durchscheinend. Bei Anämisierung verschwindet die rote Farbe, rein gelbe Färbung bleibt zurück. Auf der Nase etwas größere knotenartige Gebilde. Exzision ergab typisches Xanthomgewebe. Urin normal. Blutzuckerbestimmung 146 mg% (erhöht), Cholesteringehalt 185 mg% (normal), Grundumsatz normal.

Höfer, K.: 1. Morbus Darier (Vater und Sohn).

48jähr. Arbeiter. Beginn im 10. Lebensjahre, an den Handrücken bemerkt. Seit dem 18. Lebensjahr Ausdehnung auf Rumpf und Kopf. Wiederholt ausgedehnte schwere eitrige Dermatitiden. Mitte September 1929 eingeliefert mit über den ganzen Rumpf, Gesicht, behaarten Kopf, Genitale und Innenseite der Oberschenkel ausgedehnter schwerster fötider, eitriger Dermatitis bei hohem Fieber. Starke Eiterabsonderung. Haut an der Innenseite der Oberschenkel, Skrotum, Crena ani und Achselhöhlen stellt eine zusammenhängende beetartig erhabene von tiefen Furchen durchsetzte Platte dar, der Epidermis beraubt, blaßrot, mit kraterförmigen Einsenkungen. Absonderung zersetzter trüber Flüssigkeit, Streckseite der Finger und Zehen dicht mit Verrucae planae ähnlichen Gebilden bedeckt. Finger- und Zehennägel brüchig, Nagelplatte bräunlichgelb, verdickt und längsgestreift. Mundschleimhaut: am bukkalen und lingualen Zahnfleischrande feinste bis stecknadelkopfgroße, teils flache, teils halbkugelig vorspringende derbe Exkreszenzen von weißlicher Farbe.

2. Morbus Darier (Sohn).

9jähr. Schüler. Beginn vor einem Jahr unter Jucken in den Leistenbeugen, von dort allmählich symmetrische Ausbreitung typischer isolierter Knötchen über Bauch, Flanken, Achselhöhlen, Hals, Gesicht, Hände, Füße und Knie. Mundschleimhaut frei, Finger- und Zehennägel zeigen in geringem Grade Brüchigkeit am freien Rande und beginnende Längsstreifung.

3. Lichen ruber mit planen, verrukösen und bullösen Effloreszenzen.

19jähr. Schweizer. Beginn vor 1/4 Jahr an der Brust. Bemerkenswert die fast universelle Ausbreitung, die starke an Naevus verrucosus erinnernde panzerartige Verhornung an Brust, Bauch und Rücken und die segmentäre, z. T. gruppierte Blasenbildung an Brust, Armen und Beinen neben typischen Primäreffloreszenzen, Mundschleimhaut mitbefallen. Aus der Brusthaut exzidiertes Hautstück, typischer Lichen ruber verrucosus. Auf Tct. Chinae comp. innerlich und indifferente Bäder sofort deutlicher Rückgang aller klinischen Erscheinungen.

Reiss: Ungewöhnliche L. II, bisher jeder Therapie resistent.

33jähr. Pat. P.A. am Genitale. Erhielt zuerst 6 Neosalvarsan-, anschließend 15 Bismogenolinjektionen. 11 Tage später Beginn einer neuen Bi-Kur. Nach der letzten Injektion Auftreten von Erscheinungen am behaarten Kopf und allmähliche Ausbreitung über den ganzen Körper. Trotz energischer antiluetischer Therapie nur vorübergehende Besserung. Neben psoriasiformen kleinpapulösen Effloreszenzen an den seitlichen Partien des behaarten Kopfes in unregelmäßiger Disseminierung am übrigen Körper gruppierte kleinpapulöse Effloreszenzen und bis zu fünfmarkstückgroße, isoliert stehende, großpapulöse, psoriasiforme Syphilide. An beiden Unterschenkelstreckseiten Kokardensyphilid.

Gottron: 1. Purpura bei lymphatischer Leukämie.

62jähr. Mann. Lymphdrüsen stark geschwollen, teilweise überfaustgroß. Zahl der Leukozyten vor einigen Monaten 900000, jetzt 36000. Bemerkenswert ist, daß auch dieser Fall ein Zoster generalisatus gangraenosus aufwies. Seit Mitte Oktober Purpura. Petechien in den Beugen der großen Gelenke, meist strichförmig angeordnet. Daneben finden sich handflächengroße subkutane Hämatome. Auch die Schleimhäute weisen Punktblutungen auf. Die hämatologische Untersuchung bestätigte die Annahme einer thrombopenischen Purpura. Rumpel-Leede positiv. Heftiger Juckreiz. Durch den Reiz des Kratzens entsteht die strichförmig angeordnete Purpura beim Vorliegen der Thrombopenie. Nach Bestrahlung der Drüsen kam der Juckreiz fast vollständig

Digitized by Google

zum Schwinden unter gleichzeitiger Verkleinerung der Drüsen. Nach Wegfall des Juckreizes und infolge des verminderten Kratzens sind die strichförmigen Petechien jetzt nur wenig vorhanden.

2. Sarkoid Boeck von flächenhafter und miliarer Form.

29jähr Mann. Anamnese Tbc., negativ. Beginn der Erkrankung vor einem Jahre mit Ausbildung des jetzt etwa markstückgroßen Infiltrates auf der Nasenspitze. In der Folgezeit Aussaat von stecknadelkopfgroßen bis linsengroßen Herden auf Stirn und Wangen und behaartem Kopf. Die Herde sind braunrot und zeigen auf Druck apfelgeleeähnliche Infiltrate. Vereinzelte bis bohnengroße Drüsen. Pirquet negativ, WR negativ. Knochensystem frei.

3. Anulärer Lichen planus.

60jähr. Mann. Pfennigstückgroße Herde symmetrisch auf den Beugeseiten der Oberarme (Oberbauch und Rücken). Bemerkenswert ist die ringförmige Anordnung. Histologisch Hauptsitz der Veränderungen der obere Anteil der Kutis, dichtes lymphozytäres Infiltrat. Der Herd ist von vornherein ringförmig angeordnet, die Veränderungen scheinen sich nur innerhalb der bläulich verfärbten Partien der vorhandenen Cutis marmorata zu entwickeln. Daß die Haut im ganzen eine senile Atrophie aufweist, gibt dem Lichen planus der alten Leute das charakteristische Gepräge.

Gottron und Jocobi: Subleukämische Lymphadenosis cutis nach Herpes zoster generalisatus.

63jähr. Mann. Seit April 1929 Größerwerden der Drüsen am Hals und den Achselhöhlen und Inguinalgegend. Die Drüsen sind weich indolent. Es finden sich auch größere Drüsenpakete bis zur Faustgröße. Die Milz ist hart und vergrößert. In der Gegend des 3. und 4. Zervikalsegments bräunliches Infiltrat mit verdünnter Oberhaut. Das Infiltrat ist durch straff atrophische Narben stellenweise unterbrochen. Kleinere Infiltrate über den ganzen Körper verstreut. Ein Teil der Gebilde weist im Zentrum eine kleinere Narbe auf. Histologisch das Bild einer Lymphadenosis cutis. Die weißen Blutkörperchen sind in ihrer Gesamtheit nicht vermehrt, wohl aber besteht eine relative Lymphozytose. Es fanden sich 4% basophile, 4% eosinophile, 1% jugendliche, 6% stabkernige, 31% segmentkernige, 51% Lymphozyten, 6% Monozyten. Der Kranke hatte vor einem halben Jahr einen Zoster im Bereiche des 3. und 4. Zervikalsegments, der außerdem über den Körper verstreute Blasen aufwies. Es handelt sich also um das Zusammentreffen von Zoster und Leukämie, was nicht selten ist. Als Besonderheit ist hervorzuheben, daß Pat. an den Stellen, die der Zoster eingenommen hat, die oben beschriebenen leukämischen Infiltrate bekommen hat. Entsprechend dem Falle von Jadassohn bildeten sich die Infiltrate nach Bestrahlung der geschwollenen Lymphdrüsen zurück. G. hat früher einmal leukämische Infiltrate nach Zeckenstrich entstehen sehen. Pat. litt an besonders heftigen Interkostalneuralgien, ähnlich wie im Falle Jadassohn.

Diskussion: Freund konnte vor kurzem 15 Fälle, einschließlich der beiden eigenen, zusammenstellen, von denen nicht weniger als 9 generalisiert waren (Arch. f. Dermat., 134, Dermat. Wschr., 88). Der vorgestellte Fall wurde nicht mit Arsen behandelt, auch von den anderen Patienten hatten nur 4 Arsen erhalten. Die Ursache der Zosteren bei Leukämie überhaupt und der Generalisierungen kann dann für die Mehrzahl der Fälle nicht in der Arsenbehandlung erblickt werden, höchstens kann sich die Neigung der Leukämiekranken zu Zostereruptionen dadurch vergrößern. Bei dem seinerzeit pathologisch-anatomisch untersuchten Fall fand sich als Hauptbefund in der Umgebung des mit der primären Eruption korrespondierenden Ganglion ein großes Hämatom, welches durch Bersten der leukämisch infiltrierten Venenwand entstanden war. Nach der früheren Auffassung hätten wir es hier mit einem „symptomatischen" Zoster zu tun gehabt, heute neigen wir mit Lipschütz, Doerr, Schoenfeld u. a. dazu, auch diese Fälle mit dem Zostervirus in Zusammenhang zu bringen. Die häufigen Generalisierungen möchten wir hauptsächlich auf die große Allgemeinschwächung der Leukämiekranken beziehen, während die so verbreiteten leukämischen Veränderungen am Nervensystem (Blutungen, Infiltrate) mehr für die Auslösung der primären Eruption in Betracht kommen.

Freund, H.: 1. Tumor malignus. Raynaud-Symptome und Melanodermie.

50jähr. Pat. Vor 3 Jahren wegen Kollumkarzinom operiert. Seit 1/4 Jahr zunehmendes Taubheitsgefühl, Verfärbung und Schmerzen in den Fingern. Ungefähr gleichzeitig Dunklerwerden der Haut und Jucken. Das ganze Gesicht ist diffus schwarzbraun pigmentiert. Befallen sind ferner Hals und Nacken, Brust bis

Digitized by Google

zur Oberbauchgegend, der Rücken zwischen den Schulterblättern und beide Unterarme symmetrisch in handtellergroßen Bezirken oberhalb der Handgelenke. Auf Brust und Rücken flächenhafte Anordnung mit scharfer Abgrenzung gegen das Gesunde. Sämtliche Finger mit Ausnahme der Daumen weißlich bzw. bläulich verfärbt, an den Zeigefingern symmetrisch panaritiumartige Veränderungen, im ganzen der Raynaudsche Symptomenkomplex. In der linken Supraklavikulargrube etwa hühnereigroßes Drüsenpaket. Gynäkologisch: Großes malignes Neoplasma im Becken, parametraler, metastatischer Tumor. Urin: Alb. +, Sacch. —. Blutzucker: 79 mg% (untere Normalgrenze). Blutdruck: 110/80, 105/70. Nach 1 mg Adrenalin subkutan keine Blutdrucksteigerung, jedoch Zunahme des Blutzuckergehaltes. Trotz des niedrigen Blutdruckes und des Ausbleibens der Drucksteigerung nach Adrenalin handelt es sich nicht um das Bild des Addison. Vielleicht liegt eine Sympathikusläsion (Tumormetastase), mit der auch die Raynaud-Symptome zu erklären wären, vor. Eine äußere Ursache für die Pigmentierung ist mit Sicherheit auszuschließen. Die Raynauderscheinungen haben sich nach Injektion von Freyschem Gefäßhormon auffallend gebessert.

Diskussion: Buschke möchte die Hautaffektion am wahrscheinlichsten für eine etwas atypische Neurodermatitis halten, wie sie auch im Klimakterium und auch nach Genitaloperationen vorkommen.

2. Herdförmige Sklerodermie. Übergang in Morphoea guttata.

34jähr. Pat. Bemerkenswert der Übergang des etwa handtellergroßen an der linken Halsseite gelegenen Herdes in die in der Umgebung ausgesprengten, zahlreichen, durchschnittlich linsengroßen, weißen Fleckchen, welche dem Bild der sog. White spot disease entsprechen. In der Zeit der Entstehung der Veränderung hat Pat. etwa 50 Pfund zugenommen. Seit Beginn der Beobachtung keine weitere Gewichtszunahme. Unter täglicher Salbenmassage beträchtliche Rückbildung. Schilddrüse nicht vergrößert. Menstruation o. B.

3. Herdförmiges Keratoma plantare hereditarium.

15jähr. Schülerin. Seit frühester Jugend bestehend. Vater leidet an derselben Affektion, doch sind Hände und Füße flächenartig befallen, während bei der Pat. nur die Fußsohlen und Zehen beteiligt, die Handteller dagegen frei sind. An den Füßen herdförmige Anordnung der Keratose, die große Teile der Sohle freiläßt. Ungewöhnlich dicke Hornauflagerungen an den Zehenspitzen. Keine entzündlichen Veränderungen an der Basis. Mäßige Hyperhidrosis.

Löhe: 1. Lues III.

29jähr. Frau. Ulzeröse Lues. Zerstörung des Nasenseptums, ausgedehnte Ulzerationen um den Mund mit partieller Vernarbung. Verengung der Mundspalte. Perforierende Ulzeration am weichen Gaumen, narbige Veränderungen am harten und weichen Gaumen. Tonsilleninfektion 1919; eine unvollständige Salvarsankur.

2. Lichen ruber planus universalis.

26jähr. Mann. Bauch, Rücken, Penis, Zunge, Wangenschleimhäute mit zahllosen miliaren und größeren Knötchen bedeckt. Erster Schub vor 1/4 Jahr. Jetzt seit etwa 5 Wochen neuer akuter Ausbruch. WR negativ.

3. Erythema induratum.

15jähr. Mädchen. Seit Januar 1929 bestehend. Lungenspitzenkatarrh rechts. An beiden Unterschenkeln neben narbig abgeheilten Herden eine Reihe von bis markstückgroßen, bis zu 1 cm tiefen Geschwüren mit graugelblich belegtem Grund, schlaffen, bläulich gefärbten Rändern. WR negativ, Pirquet schwach positiv.

Buschke: 1. 43jähr. Frau, welche nach einer Drüsenexstirpation ein **Skrofuloderma** der rechten Halsseite aufweist. Oberhalb desselben noch eine halbwalnußgroße geschwollene Lymphdrüse. Sonstige Tuberkulose, auch anamnestisch, nicht nachweisbar.

2. 56jähr. Frau mit ausgedehnter **Acrodermatitis chronica atrophicans** am linken Unterschenkel, an diesem außerdem ein ausgedehntes Ulkus.

3. 53jähr. Frau vor 33 Jahren spezifisch infiziert, eine Schmierkur, seit 30 Jahren ausgedehnte charakteristische Ulcera cruris am linken Unterschenkel. Vor 6 Jahren soll es durch eine Salvarsankur gelungen sein, die Ulzera zur Abheilung zu bringen. Seit 5 Jahren allmähliche Vergrößerung der Ulzera und seit 10 Jahren besteht eine hochgradige **Elephantiasis** des ganzen Unterschenkels. Röntgenologisch chronische Osteomyelitis der Tibia.

4. 22jähr. Mann mit einem **Ulcus molle** am Penis und einem hartnäckigen ulze-

Digitized by Google

rösen Panaritium am rechten Zeigefinger. Ob ein extragenitales Ulcus molle vorliegt, ist zweifelhaft. Streptobazillen hier bisher nicht nachweisbar.

Bruhns: Lupus vulg.? Zirkumskripte subleukämische Lymphadenose?

4jähr. Kind, seit 9 Monaten Bildung kleiner Geschwülste am Knie, angeblich anschließend an Verletzung mit Splitter. Anamnese nichts von Tuberkulose. Am r. Knie rötlichbraune Geschwulstmasse, z. T. noch aus Einzelknoten bestehend, unregelmäßig angeordnet. Sieht äußerlich Lupus vulg. ähnlich. Bei Glasdruck erst braune Verfärbung, bei stärkerem Druck nur noch feine braune Stippchen, ähnlich wie bei Sarkoid: Histologischer Befund entspricht nicht dem Lupus oder Sarkoid. Unter der Epidermis dickes Lymphozyteninfiltrat mit Plasmazellen und Bindegewebsfibrillen. Nach unten scharf abgegrenzt, nach oben bis an die Epidermis heranreichend. An wenig Stellen zwar Riesenzellen, z. T. sicher Fremdkörperzellen, aber keinerlei Anhäufung von Epitheloidzellen und keinerlei tuberkulöse Struktur. Allerdings läßt auch das Infiltrat nicht, wie sonst bei aleukämischer Lymphadenose, einen freien Raum zwischen sich und Epithel. — Pirquet bei zweimaliger Probe negativ. Nichts von Lues, WR negativ. Blutbefund: Hb 72%, Erythrozyten 4560000, Leukozyten 10400, Stabkernige 2, Segment 46, Eosinophile 7, Lymphozyten 40, Monozyten 3, überg. 2.

Alexander: Isolierter Lupus erythematodes auf dem behaarten Kopf.

25jähr. Mädchen, drei etwa markstückgroße Herde zwischen den Haaren, seit 2 Jahren bemerkt, nichts von Tuberkulose.

Frei: 1. Recklinghausen mit diffuser Pigmentierung.

33jähr. Krankenschwester mit zahlreichen kutanen Neurinomen, einem Tumor am harten Gaumen und vielen großen und kleinen Pigmentflecken. Daneben starke diffuse Pigmentierung der Haut; Schleimhaut frei. Typus endokrinasthenicus mit Zeichen der Hypofunktion von Nebenniere und Schilddrüse (Thoma). Eltern blutsverwandt. Von 4 Geschwistern 3 ganz frei, ein 4. diffus pigmentiert ohne jede sonstigen Anzeichen. Danach scheint auch die diffuse Pigmentierung ebenso wie die fleckförmige eine „Forme fruste" der Krankheit darstellen zu können.

2. Pseudo-Cowperitis (knotige Lymphangitis) am Damm?

Junger Mann. Vor 9 Wochen gonorrhoische Infektion. Vor 5 Wochen subakute Prostatitis und kirschgroße vom Rektum aus nicht deutlich palpable knotige Vorwölbung an der linken Dammseite, die sich skrotalwärts in einen rosenkranzartigen, bis zur Peniswurzel reichenden Strang fortsetzt. Strang von der Harnröhre sicher abgrenzbar. Für doppelte Urethra kein Anhaltspunkt. Gonorrhoische Lymphangitis mit Bubonulusbildung. Rascher Rückgang unter Wärmebehandlung. F. hat bereits in einem früheren Fall von frischer Gonorrhoe einen analog gelegenen, kleinfingerdicken, sich ebenfalls rasch zurückbildenden Strang — damals allerdings ohne Knotenbildung — beobachtet.

Lauger, E.: 1. Maligne Lues.

30jähr. Pat., im Februar 1928 wegen eines spezifischen Exanthems mit 5 Arm- und 1 Gesäßinjektion behandelt. Anfang September 1929 papulo-pustulöses Exanthem, das unter intravenöser Behandlung — 10 Injektionen — abgeheilt war. 14 Tage später gruppiertes ulzeröses Syphilid.

2. Plattenepithelkarzinom des Penis.

68jähr. Mann, vor etwa 1 Monat Phimose. Bei der Dorsalinzision unter der Vorhaut eine etwa einmarkstückgroße ulzerierende Geschwulst, histologisch Plattenepithelkarzinom.

3. Abszedierende Orchitis bei Gonorrhoe.

In der letzten Zeit 3 Fälle nach blennorrhoischer abszedierender Epididymitis. In allen 3 Fällen fanden sich nach der Inzision in dem Eiter keine Gonokokken.

4. Paraurethraler Abszeß bei Gonorrhoe.

Im Anschluß an die blennorrhoische Infektion eines ausgedehnten paraurethralen Ganges. Nach Exzision des Abszesses, bei der eine Perforation in die Urethra festgestellt werden konnte, blieb eine Fistel zurück, die keinerlei Beschwerden macht.

Rosenthal, F.: Generalisierte Alopecia areata.

18jähr. Schlosser erkrankte vor 2 Jahren an fleckförmigem Haarausfall, der sich über den Kopf und den ganzen Körper ausdehnte. Bereits im 7. und 8. Lebensjahr in ähnlicher Weise aufgetreten unter Beteiligung des ganzen Kopfes und Augenbrauen und Wimpern. Augenbrauen und Wimpern sind seitdem nicht wieder gewachsen. Jetzt ist besonders merkwürdig, daß bei völliger Haarlosigkeit der

Digitized by Google

Kopfes, Schwinden der Lanugobehaarung und fast völligem Fehlen der Schamhaare die Achselhaare nur wenig mitgenommen sind. Die Schilddrüse ist nicht vergrößert fühlbar, Testikel und Lymphdrüsen nicht sichtlich verändert, die WR negativ, der Blutdruck über 100, der Augenhintergrund nicht verändert. Eine hormonale Therapie (Schilddrüse-Hypophyse) ist eingeleitet; bis jetzt hat Höhensonnenvollbestrahlung einen gewissen Erfolg erreicht. Die Prognose ist in solchen Fällen meist günstig, im Gegensatz zu den Fällen von angeborener Alopezie. Solche ist auch ohne Erhebung der Anamnese schon dadurch erkennbar, daß Zahnanomalien, meist völliges Fehlen der Zähne und Fehlen der Schweißdrüsen, mit ihr verbunden sind. Ein 1914 klinisch von R. beobachteter Pat. mit angeborener Alopezie war wegen völligen Fehlens der Schweißdrüsen an heißen Tagen gezwungen, sein Hemd anzufeuchten, um seine Temperatur herabzusetzen und Hitzschläge zu verhüten. Durch Heißluftkastenbäder entstanden auf der Haut Felder mit ödematösem Erythem und hohes Fieber (über 40) mit Anstieg der Leukozyten. Interessant war das vikariierende Einsetzen der Nieren- und Schweißdrüsensekretion.

Diskussion: Buschke: Diese Formen der Alopezie haben wir mehrfach beobachtet, die spontan heilen und nach einiger Zeit wiederkehren. Auch bei anderen endokrinen Affektionen sehen wir solche Wellenbewegungen, und diese Form ist ja wohl mit größter Wahrscheinlichkeit hypophysären Ursprungs. Sowohl die äußere Reiztherapie hat meist keinen großen Einfluß, aber auch die hormonale Behandlung ist in ihrer Wirkung zweifelhaft, wenngleich man sie ruhig versuchen soll, da ja eben diese Form der Alopezia vorübergehend zur Spontanheilung neigt.

Eicke: Die ambulante Lumbalpunktion in Theorie und Praxis.

Die Forderung, jeden Syphilitiker zum mindesten nach Abschluß seiner Behandlung zu punktieren, ist heute nicht mehr umstritten. Die Lumbalpunktion konnte bisher ambulant nicht ausgeführt werden wegen der Häufigkeit der z. T. sehr heftigen Nachbeschwerden. Die Nachpunktionsbeschwerden erklärt man aus der Stichlochdränage. Da die Stichöffnung in der Dura sich erst nach Tagen schließt, sickert Liquor aus, so daß es zu einem Unterdruck kommt, der die meningitischen Beschwerden auslöst. Eine neuere Theorie von Trautmann faßt diese Beschwerden als vasomotorische Reaktionserscheinungen nach Art der Migräne auf. Durch den Liquorentzug kommt es zu einer plötzlichen Druckverminderung im Cavum cranii. Die Punktionsbeschwerden sind als intrakranielle Gefäßspasmen aufzufassen. Auf Grund der Theorie des Nachsickerns hat man sein Augenmerk wieder mehr der Technik zugewandt. Die Erfindung einer Doppelnadel, die anscheinend von dem Amerikaner Hoyt stammt, gab die Möglichkeit mit dem Kaliber herabzugehen. In Europa haben Antonio (Schweden) und Wechselmann solche Nadeln angegeben. Bei dieser Doppelnadel wird die Möglichkeit des Abbrechens der nur 0,4 mm starken Kapillarnadel dadurch ausgeschaltet, daß die eigentliche Gefahrzone, wo eine Nadel abbrechen kann, also der Weg zwischen den knöchernen Teilen, von einer stärkeren Führungsnadel zurückgelegt wird. Mit dieser stärkeren Nadel geht man so weit vor, bis man etwa 1 cm vor dem Duralsack liegt. Dann wird die im Innern der Führungsnadel liegende eigentliche Punktionsnadel vorgeschoben. Liegt die Nadel richtig, dann tropft der Liquor ganz langsam, alle 3—5 Sekunden ein Tropfen, ab. Punktiert wurden insgesamt 324 Pat., alle ambulant. Da die Pat. mit positivem Liquor eine Punktion meist gut vertragen, wurden nur die mit negativem Liquor berücksichtigt. Zur Beurteilung blieben übrig: 210. 1. Gar keine Beschwerden 71%; 2. Kopfdruck oder leichte Kopfschmerzen 19,5%; 3. Starke Kopfschmerzen, so daß die meisten sich hinlegen mußten, 6%; 4. Meningismus 3,5%. Diese Ziffern der Beschwerden sind noch weiter herabzumindern, wenn man die Punktion in den späten Nachmittagsstunden vornimmt und die Pat. nach Hause ins Bett schickt. Die nächtliche Ruhe wird ausreichend sein, um die winzige Stichöffnung zur Verklebung zu bringen. Auch prophylaktische Gabe von Medikamenten, wie Vasano usw., wäre in Erwägung zu ziehen. Dem Pat. gegenüber vermeide man das Wort „Rückenmarkspunktion", da es abschreckt, sondern man erkläre ihm den Eingriff, indem man ihm sagt, daß man oberhalb des Kreuzbeins aus dem Wirbelkanal einige Tropfen Flüssigkeit abnimmt.

Diskussion: Buschke: Die interessanten und wertvollen Mitteilungen von Eicke zeigen, ein wie hervorragender Techniker Eicke ist. Ich glaube allerdings nach meinen Erfahrungen, daß, wo es möglich ist, man die Lumbalpunktion klinisch machen soll, da doch nicht so selten Beschwerden, manchmal sogar sehr heftige und

Digitized by Google

etwas länger dauernde sich entwickeln, die bei klinischer Behandlung wohl besser vorübergehen. Vor allem aber glaubt B., daß nicht immer nach strenger Indikation und zu häufig punktiert wird.

Braun berichtet über die günstigen Erfahrungen bei 600 Lumbalpunktionen mit der Wechselmannschen Doppelnadel. Es erschien aber zweckmäßig, die Punktierten nach der Liquorentnahme liegend im Krankenwagen in ihre Wohnung zu transportieren und sie wenigstens 3 Tage in horizontaler Lagerung ruhen zu lassen, da sich ohne diese Vorsichtsmaßnahme zuweilen Zeichen eines leichten Meningismus, Kopfschmerzen, vereinzelt auch Erbrechen eingestellt hatten. Aus diesem Grunde wurde von der ambulanten Punktion grundsätzlich Abstand genommen.

F. Jacobsohn bemerkt, daß die Funktionsprüfung des Nervus octavus nach Kobrak in vielen Fällen geeignet sei, das Befallensein des Zentralnervensystems in der Früh- und Spätlatenz festzustellen. Es sei möglich, daß in vielen, wenn nicht den meisten Fällen, diese Untersuchung der Funktion des Nervus acusticus die Lumbalpunktion ersetzen kann.

Eicke: Die Lumbalpunktion ist unbedingt erforderlich bei Kranken, die mit Lues in der Anamnese im Alter von 40—50 Jahren mit unklaren neurasthenischen Beschwerden oder Depressionszuständen erkranken. Das sind die Fälle, bei denen wir nur unter Zuhilfenahme der Lumbalpunktion die beginnende Paralyse mit Sicherheit diagnostizieren können. Dann wären jene Fälle zu nennen, bei denen zufällig eine isolierte Pupillenstörung oder Fehlen einzelner Reflexe gefunden wurde. Hier ist die Lumbalpunktion von entscheidender Bedeutung, ob es sich um eine progrediente Lues handelt oder um ein Restsymptom einer erloschenen Infektion. In die dritte Gruppe möchte ich die Fälle einreihen, die andauernd einen hartnäckig positiven Wassermann haben, der durch keine unserer üblichen Kuren zu beeinflussen ist. Ich möchte jedoch noch weiter gehen und die Indikation zur Lumbalpunktion auch auf jene Fälle ausdehnen, bei denen nach genügender Anzahl Kuren die Heilung ausgesprochen oder die Heiratserlaubnis gegeben werden soll. Wenn der positive Liquor auch für die Frühlatens gleichgültig ist, da ein solcher Befund sich ohne und mit Behandlung wieder zurückbilden kann, so ist der positive Liquor in der Spätlatens doch von wesentlich schwerwiegender Bedeutung.

Buschke: Die von Eicke erwähnten Indikationen erkenne ich voll und ganz an. Ich habe mich nur dagegen gewendet, daß etwa prinzipiell und in viel zu großem Umfange auch bei Frühsyphilis dieser noch nicht ganz gleichgültige Eingriff ausgeführt wird.

W. Fischer zu Eicke: Die strenge Indikationsstellung Buschkes ist gewiß berechtigt, trotzdem ist eine Methode zu begrüßen, die den Patienten nicht nötigt, mehrere Tage in einer Klinik zu liegen, und zwar aus psychischen und sozialökonomischen Gründen. Die gute Verträglichkeit des von Eicke propagierten Verfahrens kann ich bestätigen; bei etwa 20 so untersuchten Fällen sind keinerlei nennenswerte Störungen eingetreten und die Arbeitsfähigkeit wurde nicht unterbrochen.

Chajes: Die zweite Verordnung über die Ausdehnung der Unfallversicherung auf Berufskrankheiten in ihrer Bedeutung für die Dermatologie (erscheint als Originalarbeit in dieser Wochenschrift).

Diskussion zum Vortrag Heller: Ist die Unterlassung der Frühbehandlung der Syphilis wirklich ein die Schadenersatzpflicht des Arztes bedingender Kunstfehler? (Vgl. Sitzung vom 11. Juni 1929.)

Heller faßt nochmals die Gründe zusammen, die ihn zur Ablehnung der R.G.E. geführt haben. Nicht auf die Stellung zur Frage der Frühbehandlung kommt es an, sondern auf die der Haftpflicht des Arztes für einen Schaden, der durch Unterlassung einer bestimmten Behandlung dem Kranken zugefügt sein soll.

Bruhns: Die Frühbehandlung des Primäraffektes ist noch nicht bei allen Ärzten anerkannt. Manche legen heute noch Gewicht auf Ausnutzung der Abwehrkräfte des Körpers und sehen das Abwarten nicht als einen Fehler an. Wenn das auch bei der Mehrzahl der Ärzte sicher nicht der Fall ist, so sind wir noch nicht so weit, daß vom Standpunkt des Richters aus bei Unterlassung der Frühbehandlung Verurteilung erfolgen kann.

Pinkus: Der verurteilte Arzt hat überhaupt nicht untersucht, das ist der Fehler, den er begangen hat. Er hat sich auch in der Beurteilung der Gedankengänge seines Kranken geirrt, und es heißt doch gerade, daß die sogenannten Naturärzte

Digitized by Google

viel besser als die wissenschaftlichen Ärzte die Persönlichkeit und die Psyche des Kranken in Betracht zögen. Sein Fehler war, nicht zu wissen, daß der Kranke, als er noch nicht wußte, daß er Syphilis hatte, ganz anders dachte, als in dem Moment, wo er mit Sicherheit erfuhr, er habe Syphilis. Schuldlos wäre der Arzt gewesen, wenn er untersucht, aber nichts gefunden hätte — aber er hat ja gar nicht untersucht.

W. Fischer: Der Zwang, jede Effloreszenz auf Spirochäten zu untersuchen, erscheint unberechtigt; ganz abgesehen davon, daß der negative Befund nichts Sicheres besagt. Da von namhaften Dermatologen selbst bei seronegativem Primäraffekt drei und mehr Kuren zur Heilung für erforderlich gehalten werden, ist der juristisch verwertbare Beweis gar nicht möglich, daß durch die Unterlassung der Frühbehandlung ein Schaden erwachsen ist oder wird.

Langer: Es dürfte heutzutage nicht mehr vorkommen, daß ein Arzt eine Behandlung einer auf primäre Lues verdächtigen Veränderung beginnt, ohne daß er die Diagnose einwandfrei durch die mikroskopische Untersuchung gesichert hat.

Kleeberg: Daß in jedem Falle auf Spirochäten untersucht werden muß, ist eine Selbstverständlichkeit, aber für das Gericht ist dieses Verfehlen des Arztes für das Urteil nicht maßgebend gewesen; das Gericht verurteilt den Arzt und begründet die Schadenersatzansprüche nur damit, daß der Kranke nicht im Primär-, sondern erst im Sekundärstadium behandelt wurde. Die Frage, ob sofort im Primär- oder erst im Sekundärstadium behandelt werden müsse, kann durch einen Gerichtsbeschluß nicht entschieden werden, und es ist abwegig, wenn das Gericht aus diesem Grunde zu einer Verurteilung kommt.

O. Rosenthal erinnert an den im Laufe der Zeiten schwankenden Begriff des sogenannten Kunstfehlers. Im vorliegenden Falle ist das Hauptgewicht auf die Unterlassung der Einleitung der Frühbehandlung durch Salvarsan und die hierdurch entstehenden späteren Schäden, deren gutachtliche Beurteilung kaum möglich ist, gelegt worden. Offenbar hat der gerichtliche Sachverständige durch sein einseitig abgegebenes Gutachten das Votum beeinflußt.

Balog: Der Nachweis von Spirochäten und Gonokokken ist das Abc der Venerologie. Es ist ganz falsch, wenn Heller im Patienten und in seinen Beschwerden das Hauptmoment des ärztlichen Wirkens sieht. Wichtig ist in erster Linie die Aufhebung der Infektiosität.

F. Rosenthal: Der Sinn des Ausschlusses von Kurpfuschern durch das Gesetz z. B. d. G. ist der, daß nur der Arzt behandeln soll, der es nicht nur mit seinem Gewissen, sondern auch mit seinen Kenntnissen verantworten kann. Hier ist die Diagnosestellung und demnach auch die durch das Gesetz vorgeschriebene Aufklärung in fahrlässiger Weise versäumt worden.

Adler: Für die Frage nach den Erfolgen der Frühbehandlung sollte den Gerichten möglichst großes Tatsachenmaterial zur Verfügung stehen. Eine Weiterführung der von Jadassohn durchgeführten großen Sammelstatistik über die Resultate der Abortivbehandlung mit Salvarsan wäre in diesem Sinne von Nutzen.

Buschke: Daß der betreffende Kurpfuscher durch Unterlassung der Spirochätenuntersuchung sich eines Kunstfehlers schuldig gemacht hat, steht außer Zweifel. Aber dieses ist nicht die Basis der Verurteilung geworden. Ob die Unterlassung der kombinierten Frühbehandlung schon so beurteilt werden kann, wie es hier der Richter getan hat, scheint mir nicht zutreffend. Denn erstens wissen wir, daß auch bei der besten Frühbehandlung Rezidive, auch Tabes, Paralyse und Aortitis vorkommen können, andererseits wissen wir, daß bei der milderen Behandlung der Lues, wenn sie das Primärstadium überschritten hat, sich sehr gute Resultate ergeben können, so daß hier und da schon der Gedanke auftaucht, ob es nicht häufig besser ist, wenigstens im Interesse des Patienten, vielleicht nicht so sehr im Interesse der Seuchenbekämpfung, das Exanthem abzuwarten. Es ist gar nicht abzusehen, welche Konsequenzen sich für die Ärzte ergeben würden, wenn die diesem Urteil zugrunde liegende Auffassung Allgemeingut würde.

S. Bergel: Selbst wenn wir auf dem Standpunkt stehen, daß eine syphilitische Infektion möglichst frühzeitig behandelt, definitiv geheilt werden kann, so ist es trotzdem nicht angängig, daß ein Arzt bei nicht strenger Befolgung der oben angedeuteten Richtlinien für später eventuell noch zu erwartende Schädigungen haftbar gemacht wird, weil es durchaus noch nicht in jedem Falle absolut sicher ist,

Digitized by Google

daß selbst bei sofortiger sorgfältiger Behandlung nicht trotzdem nach 15—20 Jahren eine Tabes oder Paralyse oder Aortenerkrankung auftreten kann.

Baum hält die Verurteilung des Arztes wegen Behandlung nach anderen wissenschaftlichen Grundsätzen als denen der Schulmedizin für verfehlt. Der Pat., der zum Naturheilarzt geht, muß mit dieser Tatsache rechnen. Die Schulmedizin hat ihre Anschauungen oft gewechselt. Was heute Kurpfuscherei, war früher Schulmedizin und umgekehrt.

Referatenteil

Fachzeitschriften

Dermatologische Zeitschrift

1929, Bd. 57, H. 4

Trautwein, K.-Insel Riems: Die Maul- und Klauenseucheinfektion beim Menschen. (Staatl. Forschungsanst.) S. 241.

Bericht über einen Fall. Ein 25jähr. Tierwärter verletzte sich bei einer künstlichen Infektion von Ochsen mit dem Impfmesser am Zeigefinger der rechten Hand. Nach 2 Tagen entstand etwas Brennen und eine kleine Blase am Orte der Verletzung. Nach 2 weiteren Tagen waren an beiden Händen zahlreiche linsen- bis zehnpfennigstückgroße, flache Blasen vorhanden. An den Polstern der Handteller sind sie besonders stark und groß ausgebildet. Temperatur 36,3° C. Tags darauf bildeten sich an beiden Händen weitere Blasen. Die rechte Hand hat 21, die linke 19 Blasen. An den Füßen zeigten sich je 4 Blasen. Nach 3 Tagen waren alle Blasen eingetrocknet. 1 Woche später waren alle Blasendecken abgelöst. Die Diagnose wurde durch Tierversuche gesichert. Die Infektion war durch den Virustyp B erfolgt. Die Immunitätsverhältnisse sind die gleichen wie bei der M.K.S.-Infektion der Tiere.

Schönfeld, W.-Greifswald: Differentialdiagnostische klinische Bemerkungen zu dem vorstehenden Fall von Maul- und Klauenseucheinfektion beim Menschen. (Univ.-Kl. u. Polikl. f. Hautkrkh.) S. 248.

Der Fall lehrt, daß Maul- und Klauenseuche beim Menschen auch ohne typische Hauterscheinungen auftreten kann. Die Schleimhaut des Mundes braucht nicht befallen zu sein. In solchen Fällen unterscheidet sich das Krankheitsbild nicht von dem einer an Händen und Füßen lokalisierten Pyodermie. Die Diagnose kann dann nur durch den Tierversuch gestellt werden.

Löhe, H., u. H. Rosenfeld-Berlin: Wismutpigmentierungen der Blasenschleimhaut. I. Mitteilung. (Derm. Abt. [Prof. Löhe] d. Rud. Virch.-Krkhs.). S. 250.

Wismutpigmentierungen der Blase können auf entzündlicher Grundlage bei bestehender Zystopyelitis und auch bei normaler Blasenschleimhaut auftreten. Sie sind Teilerscheinungen des generalisierten Bi-Saumes. An der Bildung von Wismutsulfidscheinen Kolibakterien beteiligt zu sein. Daneben gibt es auch nichtbakterielle Schwefelwismutbildung. In einem Fall von generalisiertem Wismutsaum konnte im Sediment Hamosiderin, das aus der Niere stammt, nachgewiesen werden. Dieser Befund ist ein weiterer Beweis für Kapillarintoxikation bei der generalisierten Bi-Pigmentierung.

Bauer, H.-Frankfurt a. M.: Die Ausscheidung des Myosalvarsans. (Georg Speyer-Haus.) S. 255.

Nach jeder intramuskulären Injektion von Myosalvarsan tritt eine sprunghafte Steigerung der Arsenausscheidung ein, die in den einzelnen Injektionsperioden bei gleichbleibender Dosis auf annähernd gleicher Höhe bleibt. 50% des einverleibten As werden nach Beendigung einer vierwöchigen Kur in den Exkrementen gefunden. Ein Viertel davon wird durch den Darm ausgeschieden. 4 Wochen nach Abschluß der Behandlung ist die Hauptmenge aus dem Organismus entfernt. Die Ausscheidung des Myosalvarsans erfolgt demnach in gleicher Weise wie bei Neo- und Sulfoxylsalvarsan.

Nathan, E., u. Fr. Stern-Nürnberg: Über den Mineralgehalt der Haut unter normalen und pathologischen Bedingungen. V. Mitteilung: Über den Chlor- und Wassergehalt der normalen und experimentell durch Quarzstrahlen entzündeten Kaninchenhaut. (Hautkl. d. Städt. Krkhs.) S. 272.

Digitized by Google

Die Chlorwerte der normalen Kaninchenhaut liegen, auf Naßgewicht berechnet, bei 106 und 199 mg-%, bei Berechnung auf Trockensubstanz zwischen 403 und 730 mg-%. Ultraviolettbestrahlung erhöht den Chlorgehalt. Vom 5. Tage nach der Bestrahlung an kommen auch Erniedrigungen des Chlorgehalts vor. Die Verschiebungen des Chlorgehalts sind von denen des Wassergehalts unabhängig.

1930, Bd. 57, H. 5

Jacobs, I., u. K. H. Vohwinkel-Essen: Die Malariatherapie der Früh- und Spätlues. (Fünfjährige Erfahrungen an der Essener Hautklinik.) S. 321.

Mit Hilfe der Malaria und der kombinierten Chemotherapie können fast ausnahmslos meningitische Reizsymptome bei Frühlues und spätlatenter Lues beseitigt oder gebessert werden. Die völlige Sanierung des Liquors gelingt um so sicherer, je früher mit der Behandlung begonnen wird. Fehlresultate bei Frühlues kommen nur durch ungenügende Nachbehandlung vor. Bemerkenswert sind die günstigen Erfolge bei Tabes.

Schmidt, P. W.-Münster: Über skrofulodermähnliche Brückenbildung, eine seltene Erscheinungsform bei Spätlues. (Univ.-Hautkl.) S. 347.

Bericht über 2 Fälle. Der eine betrifft ein kongenital-luetisches Mädchen, das an der linken Wange, am Hals und der Unterseite des Kinns größere und kleine Ulzerationen aufweist, über die eigentümliche Brücken bald strangförmig parallel, bald netzförmig hinwegziehen. Die Brücken sind von keloidartiger Härte, desgleichen das ganze Erkrankungsgebiet. Die Ulzerationen setzen sich nach der Tiefe in Form von Fisteln fort. WR stark positiv. Heilung nach antiluetischer Therapie. Nach 5 Kuren war ein Teil der Brücken geschwunden bzw. in die übrige Haut eingesunken, während an anderen Stellen noch Brücken und Fibromatoide (Friedmann) nach Art der Skrofulodermnarben vorhanden sind. In einem 2. Fall wurden Brückenbildungen bei Spätlues beobachtet. Hier bildeten sich die Brücken und Fibromatoide erst während des Heilungsprozesses.

Schubert, M.-Marburg: Versuche mit Ultraviolett durchlässigen Fenstergläsern. (Univ.-Hautkl.) S. 358.

Das Penetrationsvermögen der Gläser für Ultraviolettlicht (Sanalux, Ultraglas und Ultravitglas) ist beträchtlich größer als das des gewöhnlichen Fensterglases. Trotzdem warnt Verf. vor Überschätzung der Erfolge, da die Lichtverhältnisse in geschlossenen Räumen für Ultravioletttstrahlenwirkung in der Regel zu ungünstig sind. Irgend welche Differenzen im Allgemeinbefinden oder bei der Abheilung von Hauterkrankungen gegenüber Kontrollen in anderen Räumen ließen sich nicht feststellen.

Curth, W.-Berlin: Psoriasis und endokrines System. Untersuchungen mittels der interferometrischen Methode nach Abderhalden-Hirsch. (Derm. Abt. [Prof. Buschke] d. Virch.-Krkhs.) S. 362.

Die Untersuchungen ergaben in der Mehrzahl der Fälle einen gesteigerten Abbau der Schilddrüse, daneben gleichzeitig in einem Teil der Fälle erhöhten Abbau von Hoden bzw. Ovar. Thymus zeigte nur ganz selten anormale Werte, ebenso Hypophyse und Nebenniere.

Mayr, J. K.-München: Die neue Dermatologische Klinik und Poliklinik der Universität München. S. 366.

Nähere Beschreibung der Inneneinrichtung der neuen Klinik. Der Neubau ist ein Hochhaus mit 8 Stockwerken und enthält, auf 10 Stationen verteilt, 430 Krankenbetten, 4 Operationssäle, eine Röntgen- und Lichtabteilung sowie zahlreiche Nebenräume. Die Kosten betrugen etwa 4½ Millionen Mark. F. Harry-Wiesbaden.

Mitteilungen aus der Literatur

Prostitution, Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten

Buschke, A., u. L. Loewenstein: Fragebogen über Gonorrhoe. (Dermatol. Abt. Rudolf-Virchow-Krankenhaus.) M. Kl., 1929, Nr. 43, S. 1669 und Nr. 44, S. 1703.

Beantwortung des Fragebogens einer russischen medizinischen Zeitschrift. Verbreitung der Blennorrhoe: Neigt sie zur Verminderung oder zur Zunahme? Untersuchungsmethoden für die Diagnose der Blennorrhoe. 3. Was halten Sie von den grampositiven paarigen Kokken bei den klinischen Formen der Blennorrhoe? (Sie sind nicht als Umwandlungs- oder Degenerationsformen von Gonokokken anzusehen, jedoch sind sie vielleicht infektiös.) 4. Häufigkeit der blennorrhoischen

Digitized by Google

septischen Formen (Gelenkaffektionen, Herzerkrankungen, Neuritiden). 5. Blennorrhoe als Quelle der Puerperalerkrankungen. 6. Maßnahmen der sozialen und individuellen Prophylaxe. 7. Welches sind die Grundprinzipien bei der Behandlung der akuten und der chronischen Blennorrhoe? 8. Die Immuntherapie bei der akuten Blennorrhoe? 9. Welche Arzneimittel sind am wirksamsten bei der Behandlung der akuten und chronischen Blennorrhoe? 10 Die physikalischen Methoden bei der Behandlung der Blennorrhoe und ihrer Komplikationen. 11. Kriterien der Ausheilung der Blennorrhoe? (Chemische, mechanische Provokation, Vakzine.) 12. Bekämpfung der Blennorrhoe bei Kindern. Die Beantwortung der Fragen bewegt sich im Rahmen der allgemeinen Anschauungen, die Behandlung der Verff. ist von Beginn an eine ziemlich aktive. Auf mehrfach wiederholte, verschiedenartige Provokationen wird großer Wert gelegt, Filamente und Leukozyten bei dauernd negativen Gonokokkenbefunde sind trotzdem suspekt. Zervikalblennorrhoe wird nur in den seltensten Fällen für heilbar gehalten. E. Levin-Berlin.

Vererbungswissenschaft, Blutgruppenforschung

Leven-Elberfeld: Erblichkeit der Naevi. D. m. W., 1929, Nr. 37, S. 1554.

Verf. berichtet über einen Fall, bei dem ein pfennigstückgroßer Naevus an der linken Brustseite durch zwei naevusfreie Töchter auf sämtliche 3 Enkel vererbt wurde. Die Beobachtung spricht gegen die Ansicht von Siemens, derzufolge die Naevuszelle erblich sein soll, nicht aber der Einzelnaevus bezüglich Form, Größe und Sitz.

F. Harry-Wiesbaden.

Thin, R.: Familial Cystinuria (Familiäre Zystinurie). Edinburgh m. J., Bd. 36, Nr. 8, S. 490.

Die Vorgeschichte der beiden Halbbrüder, von denen die Beobachtung ausgeht, liefert keine Steinbeschwerden. Der ältere der Brüder litt ebenfalls an keinem Steinleiden; von seinen 12 Kindern trat bei 7 Zystinurie auf. Das 6. Kind litt zwar nicht an Zystinurie, aber sein Sohn. Das 7. Kind, eine Tochter, selbst steinleidend, hatte 5 Kinder, von denen 4 Zystinurie bekamen. Der jüngere Brüder hinterließ 10 Kinder, die alle nicht an Zystinurie litten. Aber 3 Mitglieder dieses Zweiges heirateten Cousins aus dem ersten Zweige, und bei zweien dieser Familien wies die Nachkommenschaft Zystinurie auf. Dasselbe gilt für eine Tochter dieser zweiten Familie, die einen entfernteren Verwandten heiratete. Abgesehen von der Zystinurie waren die Familien gesund, kräftig und sicher nicht neurotisch.

F. Juliusberg-Braunschweig.

Krainskaja-Ignatowa, V. N.-Charkow: Über die Gruppeneigenschaften des Sperma. Zur Frage der individuellen Zugehörigkeit von Samenflecken. (Gerichtsmed. Labor. d. Volkskomm. f. Gesundheitspflege u. d. Labor. d. Ständigen Kommission f. Blutgruppenforschg.) D. Zschr. f. gerichtl. Med., Bd. 13, H. 6, S. 441.

An 106 Objekten von Sperma, unter denen 81 von lebenden Personen und 25 von Leichen stammten, wurden die Gruppeneigenschaften des Samens untersucht. Es stellte sich dabei heraus, daß das Sperma die dem Blute des betreffenden Individuums eigenen Gruppenmerkmale besitzt. Gruppeneigenschaften wurden nicht nur in unverändertem Sperma, sondern auch in Samenflecken nachgewiesen (und bei Azoospermie). Daraus ergibt sich die Deutung solcher Möglichkeit der Gruppenbestimmung nach Organen auch für die gerichtliche Medizin. Riecke-Göttingen.

Paldrock, A.-Dorpat: Die Blutgruppen der Leprösen in Estland. Arch. Schiffs- u. Tropenkrkh., Bd. 33, H. 8, S. 440.

In Estland sind diejenigen Gruppen, wo A vertreten ist, für Lepra disponierter als die Fälle der O- und B-Gruppe. Lepröse haben einen höheren biologischen Index als Gesunde (2,24 gegen 1,33). Frauen sind für Lepraerkrankung disponierter als Männer, besonders in den B-Gruppen. Die Angehörigen der O-Gruppe erkranken schon in frühester Jugend, wobei das weibliche Geschlecht zur Lepra anaesthetica, das männliche aber zur Lepra tuberosa neigt, und beide einen langsamen Verlauf haben. In der A-Gruppe erscheinen bei beiden Geschlechtern die Lepra mixta und anaesthetica erst im vorgerückteren Alter, die Lepra tuberosa nur bei Männern in früher Jugend. Auch hier ist der Krankheitsverlauf ein langsamer, mit Ausnahme der Lepra mixta der Männer, die schnell verläuft. In der B-Gruppe erkranken beide Geschlechter an Lepra anaesthetica und Lepra mixta erst in reiferen Jahren. Die Lepra tuberosa beginnt dagegen schon in frühester Jugend. Die weiblichen Fälle von Lepra tuberosa neigen zu einem schnellen Verlauf. In der A-B-Gruppe nehmen die anästhetischen Fälle einen langsamen, die Fälle mit Lepra mixta und tuberosa

Digitized by Google

schnellen Verlauf. Die einzelnen Blutgruppen verhalten sich also verschieden bei beiden Geschlechtern sowohl in bezug auf die Veranlagung zur Erkrankung an Lepra als auch der sich im Erkrankungsfalle entwickelnden Erkrankungsform und in bezug auf den Verlauf der Erkrankung. P. Unna jun.-Hamburg.

Weidemann, M., u. A. Kaktin-Riga: Über die Verteiluug der Blutgruppen bei Leprösen in Lettland. (Gerichtl. Med. u. Path.-anat. Inst. d. Lettl. Univ.) M. Kl., 1929, Nr. 19, S. 751.

Eine Beziehung der Lepra zu einer bestimmten Blutgruppe konnte nicht nachgewiesen werden, keine der verschiedenen Blutgruppen besitzt besondere Disposition für die Erkrankung. Hingegen stimmte die Verteilung der Blutgruppen bei den Leprösen in auffallender Weise mit der bei der ursprünglichen Bevölkerung Lettlands, den Liven, überein, die auch am stärksten von der Lepra betroffen waren, und deren Blutgruppenformel eine große Übereinstimmung mit der der gleichfalls stark mit Lepra durchseuchten Finnen aufweist. Es läßt sich daraus eine Empfänglichkeit gewisser Rassen für die Lepra schließen. E. Levin-Berlin.

Steffan, P.: Die Beziehungen zwischen Blutgruppe, Pigment und Kopfform. Zschr. f. Rassenphysiol., Bd. 1, H. 3/4, S. 121.

Die Arbeit enthält eine Karte und 30 Abbildungen in Tabellenform mit den Ergebnissen der Untersuchungen Dr. Kleins über die Beziehungen zwischen Blutgruppen, Haarfarbe, Irisfarbe und Kopfform. Einzelheiten müssen im Original nachgelesen werden. Meirowsky-Köln.

Caro, F.-Berlin: Blutprobe und Kammergericht. Jurist. W., 1929, H. 31, S. 2227.

Das Kammergericht in Berlin hat in zwei Beschlüssen den Blutgruppenbeweis für nicht genügend zuverlässig erklärt, als daß man auf ihn die Elternschaftsbestimmung gründen dürfte; andererseits hat das Oberlandesgericht Kiel ausgesprochen, daß aus einer Verweigerung der Blutentnahme ein Schluß zuungunsten der verweigernden Partei gezogen werden kann. Der Oberste Gerichtshof in Wien hat den Blutgruppenbeweis für zuverlässig erklärt und auch der dänische Oberste Gerichtshof hat auf Grund der Blutprobe ein Kind für unehelich erklärt. Das Kammergericht hat sich auf Beobachtungen berufen, daß die Blutgruppenzugehörigkeit eines Menschen während des Lebens sich ändern könne; indes beruhen diese Beobachtungen ausnahmslos auf Fehlbestimmungen. „Auch der scharfsinnigste Jurist kann als solcher nicht in der Lage sein, aus dem vorliegenden erbbiologischen Material irgend einen Schluß zu ziehen, er vermag es in Wahrheit überhaupt nicht richtig zu überschauen, er kann weder die angestellten Untersuchungen noch die sie betreffenden wissenschaftlichen oder talmiwissenschaftlichen Veröffentlichungen richtig beurteilen, weder die Tragweite der neuen Forschungen im Verhältnis zum Gesamtbild der biologischen Wissenschaft irgendwie bewerten. Es handelt sich hier um Gedanken, die aus einer dem Juristen nicht vertrauten Vorstellungswelt stammen und in einer Denkweise ausgedrückt sind, die ihm seiner Erziehung nach fremd ist; in solchen Fällen kann der Richter häufig nicht anders als durch die Brille eines Sachverständigen sehen und muß oft in gewissem Umfange auf eigene Auffassung verzichten." Dazu bemerkt Leonhard, der Präsident des Zivilsenats des Kammergerichts, welcher die besprochenen Beschlüsse erbracht hat, daß die Rechtsprechung nicht befähigt ist, in dem Meinungsstreit über die Zuverlässigkeit der Blutprobe das Schwergewicht der Gründe abzuwägen; dem unbeteiligten Laien könne es nicht entgehen, mit welchen Waffen die Verteidiger der herrschenden Lehre die mit ihr nicht zu vereinigenden Ergebnisse anderer Beobachter bekämpfen, statt daraus die Grenzen ihrer Formel herzuleiten. Die sich heute überstürzende Folge neuer Forschungsergebnisse und der daraus hergeleiteten Hypothesen zeige uns die Abstammungslehre noch in beständigem Fließen begriffen; der scheinbar schon gewonnene sichere Bestand der Lehre könne noch durch Ausnahmeregeln durchbrochen oder eingeschränkt werden, bis ihre Grundlagen unbestritten anerkannt sein werden. F. Winkler-Wien.

Bakteriologie und Immunitätslehre

Szirmai, F.-Budapest: Weiterer Beitrag zur Kenntnis des Streptokokkentoxins. Verhandlg. ungar. ärztl. Ges., 1929, Nr. 17, S. 259.

Bei Entstehung des Streptokokkentoxins sind zwei Phasen anzunehmen; die erste besteht in dem Freiwerden eines aus den Bakterienleibern stammenden Eiweißkörpers, aus diesem bildet sich dann das Toxin derartig, daß unter gewissen Umständen (nicht optimale Nährböden, Aufbewahrung in verdünntem Zustand) wieder Proteinkörper entstehen, die zweite Phase mithin reversibel sein kann. Die Deutung

Digitized by Google

der Streptokokkenhautreaktionen wird dadurch erschwert, daß im Gegensatz zur Schick-Reaktion hier die Haut dem Streptokokkentoxin gegenüber die maximale Empfindlichkeit besitzt und sich in der Reaktionsfähigkeit auf geringe Einwirkungen ändern kann, ohne daß sich damit der immunbiologische Zustand des Gesamtorganismus ändert. M. Kazarowa-T. Pasardschik.

Belonovski, G. D.-Leningrad: Über die Opsonisation der Medikamente und der Vakzine (speziell der Gonokokkenvakzine). (Bakter. Abt. d. Inst. f. ärztl. Fortbildg.) W. kl. W., 1929. Nr. 51, S. 1624.

Der Kampf des Organismus gegen eingedrungene Mikroben besteht in dem Zerstörung durch die Körperzellen, aber nicht nur durch Leukozyten, sondern auch durch jede andere Zelle, wie z. B. durch Epithelien. Die Stärke der Phagozytose läßt sich nach den Gleichungen von Gybbs und Freundlich berechnen, wodurch es möglich ist, die Wirkung einer zur Unterstützung der Abwehr einverleibten Vakzine zu beurteilen. Durch sie wird der örtliche Fokus aktiviert, indem die Mobilisation der phagozytierenden Elemente gefördert und die Adsorption intensiver wird. Eine große Bedeutung kommt der Umgebung zu, und die Besserung dieser nennt man Opsonisation. Wahrscheinlich ist das Hauptmoment dieser opsonisierenden Umgebung das Blutserum, welches den Stoff opsonisiert, damit er sich mit der betreffenden Zelle verbindet. Verf. hat nun experimentell die Wirkung der Opsonisation auf die Agglutinationsprozesse geprüft (2 Tabellen) und dabei festgestellt, daß durch Hinzufügen von frischem Serumkomplement zum agglutinierenden Serum eine Erhöhung der Opsonisation erzielt wird. Ferner weist Verf. nach, daß z. B. Gonokokkenvakzine, in den Organismus parenteral eingeführt, zuweilen hilft, zuweilen nicht. Das letzte hat wohl seine Ursache darin, daß sie nicht opsonisiert wird, was man dann dadurch erreicht, daß man eine geringe Menge spezifischen Serums oder vom Patienten selbst gewonnenes Blut der Vakzine beimischt. H. Colman-Berlin.

Adelsberger, L.: Überempfindlichkeitskrankheiten. (Serol. Abt. d. Inst. „Robert Koch".) Beih. z. Med. Kl., Jahrg. 25, H. 7.

Das Heft bietet eine inhaltsreiche Übersicht über die Überempfindlichkeitskrankheiten. Zunächst werden die auf diesem Forschungsgebiete gebrauchten Begriffe erklärt und die allgemeinen Kriterien und die Symptomatologie der allergischen Krankheiten erörtert. Verf. behandelt dann eingehend die Probleme der Sensibilisierung, Desensibilisierung, der Allergene und zum Schluß den Nachweis der Antikörper. Das Heft kann zur Einführung in das schwierige Gebiet der modernen Immunitätsforschung bestens empfohlen werden. T. Benedek-Leipzig.

Lamson, R. W.-Los Angeles: So-Called Fatal Anaphylaxis in Man, with Especial Reference to the Diagnosis and Treatment of Clinical Allergies (Die sogenannte tödliche Anaphylaxie beim Menschen, mit besonderer Berücksichtigung der Diagnose und Behandlung der klinischen Allergien). J. Am. m. Ass., 1929, Bd. 93, Nr. 23, S. 1775.

Lamson, der schon früher zusammenfassend über plötzliche Todesfälle nach der Injektion körperfremder Substanzen berichtet hat (J. Am. m. Ass., 1924, Bd. 82, S. 1091), vervollständigt unter Mitteilung weiterer Fälle seine Ausführungen. Außer den eigenen Fällen sind in den letzten 5 Jahren auch andere Fälle von plötzlichem Tod nach der Injektion von körperfremdem Eiweiß vorgekommen; einige erfolgten nach der Prüfung oder Behandlung allergischer Personen mit anderen Substanzen als Serum. Manchmal war die Menge des eingespritzten Materiales ganz gering, meist handelte es sich um Asthmatiker. Der Mechanismus der Wirkung ist noch umstritten. Nach der Auffassung von L. sollten die Fälle nicht als anaphylaktisch rubriziert werden, obwohl sie als Endsymptom paroxysmale Dyspnoe zeigten. Es scheint schwierig, wenn auch nicht unmöglich, einen Zustand von Antianaphylaxie herbeizuführen. Vielleicht haben bei einem Teile der Fälle unspezifische Faktoren (Kälte, Hitze, reizende Gase) die schweren Reaktionen verursacht.

F. Juliusberg-Braunschweig.

Allgemeine Pathologie und Diagnostik

Coronini, C.-Wien: Über mikroskopische Unterscheidungsmöglichkeiten zwischen tuberkulöser und luischer Nekrose. (Path.-anat. Inst. d. Univ.) Virch. Arch., Bd. 274, H. 5, S. 560.

Das Bild der Gewebsfibrillen, das man mit der Bielschowsky-Maresch-Methode gewinnt, ist bei tuberkulösen und syphilitischen Verkäsungen grundsätzlich verschieden. Bei frischer tuberkulöser Verkäsung stellen die darstellbaren Gitterfasern nur den Rest der erhaltenen Gewebsfibrillen dar, die trotz vielfacher Unterbrechung

Digitized by Google

ein an den ursprünglichen Gewebsaufbau erinnerndes Netzwerk bilden. Der junge Gummiknoten dagegen ist von einem dichten Maschenwerk verschieden dicker Fasern durchzogen, die regellos den ganzen verkästen Bezirk durchsetzen und auch vorgebildete Hohlräume überbrücken, so daß das ehemalige Organgerüst nur schwer oder gar nicht erkennbar ist. Die Verschiedenheit beruht darauf, daß die Verkäsung beim Gummi im Stadium der bindegewebigen Umwandlung, beim Tuberkel dagegen schon vorher auftritt. Auch die derbe, zäh-elastische Konsistenz der Gummen beruht auf diesem Reichtum an Silberfibrillen. Verf. bringt eine Reihe von Beispielen, bei denen das genannte Kriterium eine sonst nicht sicher zu stellende Differentialdiagnose ermöglichte und beschäftigt sich dann eingehend mit den theoretischen Grundlagen einer solchen Neubildung von Gitterfasern sowie ihrer Umbildung in kollagene Fasern, während elastische Fasern sich aus ihnen nicht bilden können und auch in den Käscherden nicht vermehrt erscheinen. Auch die Unterscheidung zwischen spezifischer und unspezifischer Nekrose ermöglicht die Methode, da bei letzterer das Gitterfaserbild sich überhaupt nicht von dem für das betreffende Organ charakteristischen unterscheidet. Fr. Wohlwill-Hamburg.

Pharmakologie und allgemeine Therapie der Hautkrankheiten

Wunsch, G.-Berlin: Über eine neue Anwendungsform des kolloidalen Schwefels in der Dermatologie. Med. Welt, 1929, Nr. 50, S. 1807.

Sulfodermpuder von der Chem. Fabrik von Heyden ist ein kolloidaler Schwefelpuder mit 1% S, der infolge seiner kolloidalen Eigenschaft besondere Vorzüge gegenüber dem rezeptmäßig zubereiteten Schwefelpuder zeigt. Verf. verwendet den Sulfodermpuder bei Acne vulgaris, Seborrhoe des Kopfes und Gesichtes, ohne je Reizerscheinungen gesehen zu haben. H. Ress-Dessau.

Rehn, L.-Altona: Über die Verwendung von Milchsalben bei Hautkrankheiten. (Dermatol. Abt. d. Städt. Krankenhauses.) W. m. W., 1929, Nr. 48, S. 2010.

Die von Bruck eingeführten drei Milchsalbengrundlagen „Milkuderm spissum, Milkuderm molle und Milkuvol" haben sich in der Ekzemtherapie ausgezeichnet bewährt. Sprafke-Chemnitz.

Unger, H.-Berlin-Steglitz: Perkutane Salizylbehandlung mit Capsifor. Fortschr. Ther., Jahrg. 5, H. 24, S. 829.

Bei rheumatischen Gelenk- und Muskelaffektionen, Neuralgien und peripherischen Zirkulationsstörungen bewährte sich das leicht resorbierbare Salizylpräparat Capsifor (15% Salizylsäuremethylester, 15% Menthol, 5% Capsicin, 2% Kampfer und als Vehikel spirituöses Seifengelee). W. Curth-Berlin.

Woker, A. F.-Berlin: Über Calciobrol. Fortschr. Ther., Jahrg. 5, H. 24, S. 826.

Calciobrol (Firma Bernhard Hadra, Berlin) kommt in der Form von Bouillonwürfeln in den Handel; es enthält große Dosen von Calcium bromatum und Natrium bromatum. Anwendungsgebiet Urtikaria, Konjunktivitiden, Heuschnupfen, Nervosität. W. Curth-Berlin.

Junkmann, K., u. W. Wiechowski-Prag: Über das wirksame Prinzip der Kamillenblüten. (Pharmakolog.-pharmakognost. Inst. d. dtsch. Univ.) Arch. f. exper. Path., Bd. 144, H. 1/2, S. 1.

Es gelang den Verff., aus Kamillenblüten in größeren Mengen eine Substanz zu gewinnen, die als Glykosid angesprochen werden kann. Sie ist ein trockenes, lichtbraunes, in Wasser und Alkohol leicht lösliches, nach Kamillen riechendes Pulver. In mäßigen, therapeutischen Dosen wird experimentell die Motilität des Darmes herabgesetzt, in großen Dosen eine direkte Motilitätshemmung erreicht. Da dieses Glykosid den wirksamen Bestandteil der Kamillenblüten darzustellen scheint, wird man in Zukunft vielleicht das kaum dosierbare Infus durch das genau dosierte Glykosid ersetzen können. H. Colman-Berlin.

Strahlentherapie und Strahlenschädigung

Fuhs, H.-Wien: Strahlenbehandlung der Haut und ihre Indikationen. (Univ.-Kl. f. Dermatol. u. Syphilidol.) W. kl. W., 1929, Nr. 49, S. 1571.

1. Lichttherapie: „Negative" besteht in Schutz und Desensibilisation der Haut, „positive" ist die eigentliche mit den verschiedenen bekannten Bestrahlungslampen. Neben der Solluxlampe bei Furunkeln, Ekzemen usw. spielt die Bachsche Höhensonne die Hauptrolle. Schwache Bestrahlungen bei torpiden Ulzera und verschiedenen Blasenerkrankungen der Haut, mittelstarke bei Seborrhoe, Psoriasis, Urtikaria, Perionen, Pruritus, Lichen und Hauttuberkuliden, starke bei Impetigo cont., Furunku-

Digitized by Google

lose, Pityriasis, Akne und Rosazea. Außer bei Naevi flammei ist bei besonders hartnäckigen Dermatosen verschiedener Art die Kompressionsbestrahlung mit der Kromayer-Lampe vorzuziehen. 2. Röntgenhauttherapie bewährt sich bei Granulationsprozessen, juckenden Dermatosen, Keratosen, Nagelerkrankungen und kokkogenen Infektionen. 3. Radium wendet Verf. an bei Naevi, Keloiden, Warzen, Klavi, Leukoplakie, verschiedenen Hauttuberkulosen, Geschwülsten und Induratio penis plastica. Bei Psoriasis, Pruritus, ausgedehnten Dermatitiden (z. B. Salvarsan) zieht er Kälber mit 100000 bis 1000000 Radium-Mache-Einheiten vor, bei umschriebenen Pruritusformen, juckenden Ekzemen und Zosterneuralgien Umschläge mit 80000 bis 200000 Mache-Einheiten. 4. Die Röntgengrenzstrahlen geben gute Erfolge bei Basalzellenkarzinom, Lichen chron. spl., Furunkulose, Achselhöhlen-Schweißdrüsenentzündung, Hauttuberkulose, Psoriasis und Warzen. H. Colman-Berlin.

Higgins, J. B.: X-Ray Treatment of the Commoner Microbic Diseases of the Skin (Röntgenbehandlung der gewöhnlicheren durch Mikroben bedingten Dermatosen). Brit. m. J., 1929, Nr. 3598. S. 1152.

Gute Resultate hat Verf. bei Acne faciei (31 Fälle) und generalisata (6 Fälle) mit folgender Behandlung erzielt: Zur Vorbereitung werden 3—4 halbe Erythemdosen in 8tägigen Intervallen unfiltriert gegeben unter Verwendung einer Kombination von weichen und mittelharten Strahlen; weitere Behandlung unter Anwendung eines Aluminiumfilters von 0,5 mm Dicke. Für Acne faciei genügten bei 27 Fällen 3 bis 18 Behandlungen, bei Acne generalisata (4 Fälle) 5—13 Sitzungen zur Heilung. Bei Sykosis verwendet Verf. außer bei Vorhandensein von lebhafter Hyperämie stimulierende Bestrahlungen ohne Filter. Die Paronychie zeigte sich gegen die Röntgenbestrahlung im allgemeinen ziemlich refraktär. A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Krause, P.-Münster i. W.: Verkennung von Röntgenschädigungen. D. m. W. 1929, Nr. 46, S. 1926.

Charakteristisch für Röntgenekzem sind trockene, atrophische Haut, Rhagadenbildung, Haarausfall, an den Nägeln Risse und zeitweise Paronychie. Verf. hat 2 Fälle beobachtet, die teils auf Sublimatwirkung zurückgeführt, teils nicht rechtzeitig erkannt wurden. Ein 3. Fall betraf einen Heildiener, der erst an chronischer Dermatitis beider Hände mit Atrophie, Gefäßerweiterungen, Nagelveränderungen, später an einem Geschwür erkrankte, dessen karzinomatöser Charakter erst sehr spät entdeckt wurde. Da nicht rechtzeitig ausgiebig amputiert wurde, kam Pat. ad exitum. F. Harry-Wiesbaden.

Tagesgeschichtliche Nachrichten

Vom 11.—13. Juni findet in Dresden eine vom Zentralkomitee zur Erforschung der Krebskrankheit veranstaltete Krebskonferenz statt. Hervorzuheben sind folgende Referate: Trauma und Geschwulstbildung (Deelmann-Groningen, Werner-Heidelberg). Berufskrebse in Großbritannien und Deutschland (Leitch-London, Teutschländer-Heidelberg). Entstehung des Krebses (Borrel-Straßburg). Strahlenbehandlung des Krebses (Halberstädter-Berlin). Strahlentherapie der weiblichen Geschlechtsorgane (Warnekros-Dresden). a) Wirkung der Radiumfernbestrahlung; b) Tätigkeit der kernzerstörenden Gifte (Dustin-Brüssel). Bestrahlungsversuche in vitro (Laser-Dahlem). Krebszelle und Glycerinaldehyd (Mendel-Berlin). Chemische Behandlung äußerer Karzinome (Aschner-Wien).

Der IV. Kongreß der Weltliga für Sexualreform auf wissenschaftlicher Grundlage findet vom 13.—20. September in Wien statt.

Internationales Preisausschreiben für eine experimentelle und kritische Arbeit über den Wert der serologischen Methoden zur Diagnose bösartiger Geschwülste. Ablieferung 30. Juni 1931 an die Lega Italiana per la lotta contro il cancro, Via Triboniana Generale Mutilato, Rom.

Gewählt: Prof. L. Kielleuthner in München zum Ehrenmitglied der Italienischen urologischen Gesellschaft;

Dr. J. J. Stutzin, dirigierender Arzt der urologischen Abteilung am Kaiserin-Auguste-Viktoria-Krankenhaus in Berlin-Lichtenberg, zum korrespondierenden Mitglied des International Medical Club in New York. R.

Nachdruck (auch des Abschnittes „Tagesg. Nachr.") ist ohne Genehmigung des Verlages nicht erlaubt

Verantwortlich für die Redaktion: für Originalabhandlungen und T. N.: Prof. Dr. J. H. Kraus, Leipzig, Johannisplatz 1. Für den Referatenteil: Dr. Fritz Callomon, Dessau

Digitized by Google

Dermatologische Wochenschrift

Nr. 24 (Bd. 90) 14. Juni 1930

Aus der Deutschen Dermatologischen Klinik (Prof. Dr. C. KREIBICH) in Prag

Über klinische Erfahrungen mit Urandil

Von

Dr. DUFKE, Assistent

Die günstigen Resultate mit Chronex, einer von TRUTTWIN stammenden, von reizenden Nebenprodukten freien und entsprechend modifizierten Andriol-Uransalbe in der Ekzemtherapie, welche seinerzeit aus der hiesigen Klinik von NOWAK berichtet wurden sowie die weiteren Erfahrungen der Klinik ließen mit Sicherheit darauf schließen, daß dem Andriol-Uran eine bemerkenswerte heilende Wirkung beim Ekzem zukommt. Durch Erhöhung des Jod- und Urangehaltes versuchte TRUTTWIN die therapeutische Wirkung dieser Jod-Uransalbe zu verstärken. Die klinische Prüfung auf praktische Verwendbarkeit solcher aus diesen Versuchen resultierender Salben, welche an zahlreichen Ekzemkranken durchgeführt wurde, ergab, daß mit Erhöhung des Jod- und Urangehaltes eine intensivere und raschere Heilwirkung einhergeht. Diese Versuche ergaben weiter, daß trotz der Erhöhung des Jod- und Urangehaltes absolut keine Reizwirkung zu verzeichnen war. Diese Reizlosigkeit ist im wesentlichen durch eine gewisse neutral-reagierende chemische Bindung von Jod-Uran bedingt, welche von TRUTTWIN in langjährigen und schwierigen Versuchen gefunden wurde. In anderer chemischer Konstellation entfalten diese Stoffe, wie wir uns durch Versuche überzeugen konnten, eine intensive Reizwirkung. Es war weiterhin aus theoretischen sowie ökonomischen Gründen (Preis der Salbe wegen des in der Salbe enthaltenen teuren Urans) die Frage zu lösen, welcher Komponente, dem Jod oder Uran, die beste therapeutische Wirksamkeit zukommt oder ob nur durch das Zusammenwirken beider der optimale therapeutische Effekt erzielt werden kann. In Parallel- und Kontrollversuchen konnte festgestellt werden, daß sowohl Jod als auch Uran therapeutisch wirksam sind, der optimale Effekt aber erst durch das gleichzeitige Zusammenwirken von Jod und Uran in der Form des Urandils zustande kommt. Nach TRUTTWIN ist die dem Andriol-Uran zugrunde liegende Substanz einfach jodiertes Uran, daß sich in kaum merklicher langsamer Zersetzung unter ständiger Abgabe minimaler Jodmengen befindet (Andriolprinzip). Neben einer direkten therapeutischen Wirkung durch das in höchster Aktivität befindliche Jod und der Uranwirkung als solcher als Metall, welche wir, wie bereits erwähnt, in diesbezüglichen Versuchen feststellen konnten, ist offenbar der optimale therapeutische Effekt dadurch bedingt, daß die ständig frei werdenden

Digitized by Google

minimalen Jodmengen im Status nascendi als Sensibilisatoren des Uran wirken und dessen radioaktive Wirkung verstärken. Auf diese Wechselwirkung zwischen Radioaktivität und Naszieren des Jods wurde bereits von TRUTTWIN hingewiesen. Als Endresultat der klinischen Untersuchungen über die therapeutische Wirksamkeit derartiger Andriol-Uransalben hat sich nun eine Salbe ergeben, welche 9,8% Jod und 10,7% Uran enthält und unter dem Namen Urandil[1]) in den Handel gebracht wird.

Die Radioaktivität von Andriol-Uransalben schwächerer Konzentration als Urandil beträgt nach Untersuchungen des staatlichen Untersuchungsamtes in Leyden 1×10^{-9} Strahlungsstärke. Die Untersuchung der Radioaktivität des Urandils wird derzeit am gleichen Institut durchgeführt.

Im folgenden soll nun über unsere Ergebnisse und Erfahrungen, welche an einem Material von etwa 100 Ekzemfällen der verschiedensten klinischen Stadien und Lokalisationen gewonnen wurden, berichtet werden.

Von ausschlaggebender Bedeutung für die Wertung eines lokalen Ekzemmittels ist therapeutische Wirksamkeit bei vollkommener Reizlosigkeit. Die strengste Prüfungsmethode besteht wohl in der Anwendung eines Ekzemmittels bei einem auf der Höhe der akuten Erscheinungen befindlichen Ekzem, also im Stadium des Nässens bei gleichzeitig hochgradiger Ekzembereitschaft. In diesem kritischen Stadium kann infolge der polyvalenten Überempfindlichkeit gegen äußere Reize die blandeste Behandlung (Umschläge, Schüttelmixtur usw.) selbst zum Antigen, zur Schädlichkeit werden und zu einer Verschlimmerung, weiteren Ausbreitung des Ekzems und zum Auftreten neuer reflektorischer Ekzemherde führen. In dieser für den Therapeuten so unangenehmen Eigenschaft echter Ekzeme ist ja die Schwierigkeit der Behandlung und die Therapieresistenz derartiger Fälle begründet.

In diesem kritischen Stadium hat sich das Urandil allen übrigen lokalen Ekzemmitteln und Behandlungsmethoden als einwandfrei überlegen erwiesen. Innerhalb kurzer Zeit, manchmal schon nach 24 Stunden und weniger, kommt es zum Aufhören des Nässens, zu einem Absinken der Ekzembereitschaft, die subjektiven Beschwerden, Jucken und Brennen bessern sich auffallend. Dieser Behandlungseffekt erscheint um so bemerkenswerter, als eine solche Behandlungsmethode, die Anwendung einer pastenähnlichen Salbe, eigentlich im Gegensatz zu der sonst üblichen Therapie der nässenden Ekzeme mit Umschlägen steht. Vielfach hatten wir Gelegenheit, die Überlegenheit des Urandils gegenüber einer Behandlung mit Umschlägen bei nässenden Ekzemen festzustellen. Als besonders instruktiv seien hier zwei Fälle in Kürze angeführt:

17jährige Patientin: Nässendes Ekzem an der Oberlippe und angrenzenden Wangenpartien. Jedes Jahr rezidivierend. Kein auslösendes Antigen festzustellen. Umschläge mit Liquor Burowi 1:10. Am nächsten Tage profuses Nässen mit Ausbreitung des Ekzems übers ganze Gesicht und Hals. Hochgradige Ekzembereitschaft. Nach 3 Tagen Urandil offen konnte Patientin fast geheilt entlassen werden.

27jähriger Beamter: Krustöses nässendes Ekzem in der Augengegend. Konjunktivitis. Da Antigen in der medikamentösen Therapie der Konjunktivitis vermute

[1]) Zu beziehen von Dr. TRUTTWIN, Dresden A 1, Prag III, Wien XVII 1.

Digitized by Google

wird, wird mit dieser Behandlung ausgesetzt. Unter Umschlägen mit Kamillentee, Ung. simpl. auf Lappen, Zinköl eine Woche hindurch profuses Nässen und Ausbreitung des Ekzems. Urandil. Nach 2 Tagen sistiert das Nässen vollkommen, nach weiteren 5 Tagen kann Patient geheilt entlassen werden.

Auch bei allen übrigen Stadien des akuten Ekzems ist die Urandilwirkung ausgezeichnet. Es kommt zu einem raschen Abklingen der akuten Entzündung, Knötchen und Bläschen bilden sich zurück. Subjektive Beschwerden, Brennen und Jucken lassen innerhalb kurzer Zeit nach.

Mehrmals hatten wir Gelegenheit zur Beobachtung, daß beginnende Ekzeme im papulösen, vesikulösen, mitunter aber auch im nässenden Stadium sich unter Urandil gewissermaßen abortiv zurückbilden. Diese Beobachtungen vor allem sowie die übrigen therapeutischen Wirkungen des Urandils, wie auffallender Rückgang der akuten Erscheinungen, Absinken der Ekzembereitschaft, Nachlassen des Juckreizes, sprechen für die Annahme, daß das Urandil unter anderem eine sedative Wirkung auf die Epithelnerven entfaltet, welche zu einem Absinken der Erregbarkeit gegen sensible Reize und in weiterer Folge zu einem Abklingen der Gefäßerregbarkeit, also zum Rückgang der entzündlichen Erscheinungen führt und somit direkt in die Pathogenese des Ekzemprozesses eingreifen würde.

30jähriger Bankbeamter. Vor 2 Jahren Knötchenekzem im Gesicht. Spezialistische Behandlung mit Salben. Universelle Ausbreitung des Ekzems mit profusem Nässen über dem ganzen Körper. Aufnahme in der Klinik. Therapieresistenter Fall. Blandeste Behandlung, später Röntgen. Heilung nach 4 Monaten. Vor etwa 4 Wochen erscheint Patient mit Eczema papulatum im Gesicht. Kein Antigen feststellbar. Antipathie gegen Salbenbehandlung auf Grund früherer Erfahrungen. Urandil. Innerhalb von 3 Tagen Ekzem vollkommen abgeheilt. Nach 14 Tagen Rezidiv. Urandil. Am nächsten Tage Ekzem verschwunden.

Was die Behandlung chronischer lichenifizierter Ekzeme mit Neigung zu akuten Rezidiven sowie des Eczema recidivans anlangt, so konnten wir besonders in diesen Fällen mit Urandil sehr gute Erfolge erzielen. Wir konnten die Beobachtungen machen, daß derartige Fälle, welche seit Monaten mit dem gesamten Rüstzeug der Ekzemtherapie erfolglos behandelt worden waren, innerhalb verhältnismäßig kurzer Zeit abheilten. Aus der großen Reihe solcher Fälle sollen einige hier kurz angeführt werden:

19jährige Patientin. Seit 4 Monaten bestehendes therapieresistentes nässendes Ekzem mit Lichenifikation im Gesicht und an den Händen. Ekzemherde am Stamm. 4 Wochen Urandil. Vollkommen geheilt.

40jähriger Realschulprofessor. Seit 4 Monaten bestehendes nässendes Ekzem an den Händen. Spezialistische Behandlung ohne Besserung. Urandil durch 14 Tage. Geheilt.

16jährige Patientin. Seit Jahren im Winter auftretendes, chronisch rezidivierendes Ekzem beider Handrücken. Auftreten des akuten Schubes unter Ung. simpl. Behandlung.

St. p. Nässendes Ekzem an beiden Handrücken, impetiginöses Ekzem im ganzen Gesicht und am Hals. Urandil. Innerhalb von 2 Tagen völlige Heilung im Gesicht, Handrücken nach 5 Tagen fast vollkommen normal.

Bei chronischen lichenifizierten Ekzemen ohne akute Erscheinungen sowie bei Neurodermitis ist die Urandilwirkung entsprechend der zumeist nächtigen Hautverdickung nicht mehr so eklatant und rasch eintretend wie bei den akuten Erscheinungen des Ekzems. Diese Fälle erfordern längere Behandlungsdauer. Bei besonders hochgradiger Hautverdickung kann man zweckmäßig die Urandilwirkung bei der geringen Irritabilität

Digitized by Google

dieser Fälle durch vorhergehende Kalilauge, Silbernitratätzung, Salizylpflaster, Applikation des Urandils unter Gummihandschuhen bei Lokalisation an den Händen, wesentlich verstärken und die Behandlungsdauer abkürzen, sonst wird man mit reiner Urandilbehandlung bei längerer Einwirkung das Auslangen finden.

Die Resultate, welche wir erzielen konnten, sind relativ gute und stehen den Ergebnissen anderer Behandlungsmethoden keineswegs nach. Der Juckreiz schwindet oder läßt zumindest wesentlich nach, damit wird der verhängnisvolle Circulus vitiosus, Jucken, Scheuern, Lichenifikation durchbrochen, die Lichenifikation geht zurück, die Haut wird geschmeidiger. Es sei hier ein derartiger Fall kurz wiedergegeben:

50jähriger Mann. Seit 4 Jahren Ekzem an beiden Händen. Beschäftigung mit Schmieröl und Terpentin. Seit 6 Monaten kommt Patient mit diesen Antigenen nicht mehr in Berührung. Trotzdem seit einem halben Jahre ergebnislose Behandlung durch den Arzt.

St. p., mächtiger lichenifiziertes mit starker Hautverdickung und zahlreichen Rhagaden an beiden Händen. Leichte Ekzematisation an den Oberarmen und Innenseite der Oberschenkel. Intensives Jucken. Fingerbeweglichkeit stark eingeschränkt.

Urandil auf Lappen, 2mal wöchentlich Urandil mit Gummihandschuhen. Nach 4 Wochen: Juckreiz vollkommen geschwunden, Lichenifikation bedeutend zurückgegangen, Haut fast vollkommen normal.

Pruriginöse Ekzeme sind durch Urandil schwer zu beeinflussen. Bisher haben wir zwei derartige Fälle mit Urandil behandelt. Verhältnismäßig rasch kommt es zum Abklingen der akuten Erscheinungen, dann aber konnte keine wesentliche Besserung mehr erzielt werden.

Beide Fälle waren schon durch Jahre hindurch ergebnislos behandelt worden.

Bei ekzematösen, nässenden Herden im Anschluß an ausgebreitete schwere Salvarsandermatitiden hat sich Urandil besonders wegen seiner völligen Reizlosigkeit ausgezeichnet bewährt.

20jährige Patientin. Schwerste universelle Salvarsandermatitis. Ekzematöse Herde am, Hals, im Gesicht, am Stamm. Blande lokale Salbenbehandlung mit Lanolin, Vaselin āā, Ungt. simpl. wird mit intensivem Brennen und Nässen beantwortet.

Auf Urandil kein Brennen, das Nässen sistiert, die ekzematösen Herde bilden sich zurück. Auf eigenen Wunsch wird Patientin entlassen. Auf Ungt. simpl. neuerlich intensives Nässen, so daß Patientin wieder aufgenommen werden mußte. Auf Urandil hört innerhalb weniger Stunden das Nässen auf, die subjektiven Beschwerden verschwinden. Nach 14 Tagen kann Patientin geheilt entlassen werden.

Die Anwendung des Urandils erfolgt entweder durch direktes messerrückendickes Auftragen der Salbe auf die erkrankte Haut oder durch Salbenverband. Man beginnt am besten mit der offenen Behandlung und geht eventuell zum Salbenverband über. Die gelben Flecke in der Wäsche durch Urandil lassen sich ohne weiteres durch einfaches Waschen mit Seife und Wasser vollkommen entfernen. Dieses Moment ist besonders für die ambulante Praxis von wesentlicher Bedeutung.

Es ist natürlich jedem Ekzemtherapeuten, der seine Erfahrungen durch Jahre hindurch an einem großen Material von Ekzemkranken sammeln konnte, ohne weiteres klar, daß man von einem Ekzemmittel nicht Unmögliches verlangen kann. Es wird sicherlich Fälle geben, bei denen man auch mit Urandil keine durchschlagenden Erfolge und Besserungen wird erzielen können, wo vielleicht ein oder das andere Mittel über

Digitized by Google

eutisch mehr leisten wird. Immerhin haben wir auf Grund unserer Erahrungen, die wir an einem Material von über 100 Ekzemfällen der verchiedensten klinischen Stadien und Lokalisationen sammeln konnten, die berzeugung gewonnen, daß das Urandil beim akuten und chronischen kzem mit akutem Aufsatz das beste lokale Ekzemmittel darstellt, das ns heute zur Verfügung steht.

Da wir uns beim Ekzem hinreichend von der therapeutischen Wirung des Urandils überzeugen konnten, haben wir nun dieses Mittel auch ei verschiedenen anderen Hauterkrankungen versucht.

Als pilztötendes Mittel bei Herpes tonsurans kommt Urandil trotz eines hohen Jodgehaltes nicht in Betracht, bei Psoriasis, beim Erysipel, ei Pyodermien konnten wir keine wesentlichen Erfolge erzielen. Die Verchsergebnisse bei Seborrhoe, Acne vulgaris, Rosazea sind noch nicht bgeschlossen.

Bei Sycosis simplex non parasitaria hat sich Urandil ausgezeichnet ewährt. Die Erfolge, die wir mit Urandil bei gleichzeitiger mechanischer pilation in allen 6 Fällen, die wir bisher dieser Behandlung unterzogen aben, innerhalb kurzer Zeit erzielen konnten, waren derartig eklatant, ie wir sie bisher bei dieser so chronischen und therapieresistenten Erankung noch von keinem Mittel gesehen haben. Im folgenden sollen rei solche Fälle kurz wiedergegeben werden.

1. Fall. 27jähriger Patient erkrankte vor 10 Jahren an einer Sycosis simplex. bheilung nach längerer Röntgenbehandlung. Vor einem halben Jahre Rezidiv. Aufahme an hiesige Klinik. Schwere Sykosis des ganzen behaarten Gesichtes. Behandng mit Umschlägen und Salben (Diachylon, Wilkinson, Sulfanthren, Epilation, oentgen) in der Zeit vom 28. V. bis 16. VI. 1929. Gebessert in ambulante Behandng entlassen. Anfang Januar 1930 nach fast vollständiger Abheilung schweres ezidiv. 17. I. 1930 Aufnahme in die Klinik.

St. p. Zahlreichste, von Haaren durchbohrte Pusteln und Borken im ganzen ehaarten Gesicht. An beiden Wangen ist die Haut atrophisch narbig verändert. nnerhalb dieses atrophischen Bezirkes zahlreiche, von Haaren durchbohrte Pusteln.

Therapie: Mechanische Epilation, Urandil offen, teils auf Lappen. Am 7. I. 1930, also 10 Tage später, konnte Patient geheilt entlassen werden. Dieser all wurde des therapeutischen Erfolges wegen in der Sitzung der Deutschen dermatogischen Gesellschaft in der Tschechoslowakei vom 16. I. 1930 von Bezecny vorestellt.

Kontrolle dieses Falles nach 4 Wochen ergab mit Ausnahme einiger minimaler usteln trotz Aussetzen der Therapie kein Rezidiv.

2. Fall. 34jähriger Patient. Seit 2 Jahren Sycosis simplex an der Oberlippe. on den verschiedensten Fachärzten ohne Erfolg behandelt. 24. I. 1930 Aufnahme i die Klinik.

St. p. Typische Sycosis simplex mit mächtiger Hautverdickung an der Oberppe.

Therapie: Mechanische Epilation, Urandil auf Lappen. 30. I. 1930. Keinerlei usteln. Infiltrat der Oberlippe weitgehend zurückgegangen, es besteht nur noch ne leichte Rötung. Entlassung. Kontrolle nach 3 Wochen: keinerlei Pusteln, die berlippe leicht gerötet.

Während dieser Zeit hat Patient nur ein einziges Mal epiliert und Urandil ıfgelegt.

3. Fall. 33jähriger Landwirt. Seit 2 Jahren bestehende Sycosis simplex. Bisher ergeblich behandelt. Aufnahme in die Klinik.

3. I. 1930. St. p. Am Kinn zahlreichste von Haaren durchbohrte Pusteln nd Knötchen, die zu einem großen Herd konfluieren.

Therapie: Mechanische Epilation, Urandil auf Lappen. Nach 10 Tagen kann atient fast geheilt entlassen werden.

Digitized by Google

Auf Grund dieser Resultate kann man wohl die Urandiltherapie b gleichzeitiger mechanischer Epilation als die Methode der Wahl b Sycosis simpl. bezeichnen. Sie bietet der Röntgentherapie gegenüb welche ohne weitgehendste Atrophie mit Sicherheit keine Rezidive ve hindern kann, den überaus großen Vorteil, daß sie einfach und ohne gro Apparatur durchgeführt und bei eventuell eintretenden Rezidiven oh jegliche Schädigung oftmals wiederholt werden kann.

Bei ekzematösen Veränderungen, wie sie durch längere Behandlu mit Umschlägen bei schweren Epidydimitiden gelegentlich auftreten, b denen die Applikation der üblichen resorptionsfördernden Salben m Brennen und Jucken beantwortet wird, hat sich Urandil bei vollkommen Reizlosigkeit als rasch und intensiv wirkendes Resorptionsmittel au restierende Knoten bewährt.

Es sei schließlich noch über eine interessante Beobachtung berichte ohne daß wir jedoch aus dem Erfolge irgend welche therapeutisch Schlüsse ziehen wollten.

In einem Falle von chronisch rezidivierendem Pemphigus vegeta kam es unter Urandil zu einem auffallend raschen Einsinken der Ve tationen.

Im Gegensatz zu der Beobachtung NOWAKs hatten wir bisher u unseres großen Materials keine Gelegenheit, eine einwandfreie Jodau festzustellen. Bei länger dauernder Urandilanwendung läßt sich mitt einer sehr empfindlichen, von TRUTTWIN gefundenen Jodprobe, welc demnächst publiziert werden wird, regelmäßig Jod im Harn nachweise Mit groben Methoden gelingt der Nachweis nicht.

Einwandfrei bewiesene Jodschädigungen haben wir bisher nicht fe stellen können, immerhin wird man bei Anwendung von Urandil üb größere Flächen besonders jenen Fällen, welche eine Störung der Schi drüsenfunktion aufweisen, in dieser Hinsicht besondere Aufmerksamk schenken.

Auch in der Kinderpraxis wird bei längerer Anwendung Gewich kontrolle indiziert sein.

Zusammenfassung

In klinischer Prüfung konnte eine hohe therapeutische Wirksam und völlige Reizlosigkeit des Urandils, einer modifizierten, auf de Andriolprinzip beruhenden hochprozentigen Andriol-Uransalbe festges werden. Neben einer direkten therapeutischen Wirkung durch das i höchster Aktivität befindliche Jod und der Uranwirkung als solcher a Metall spielt anscheinend die dauernde radioaktive Strahlung des Ura welche durch die ständig frei werdenden minimalen Jodmengen verstä wird, für das Zustandekommen des optimalen therapeutischen Effekts e wesentliche Rolle.

Die speziellen Indikationen des Urandils sind: alle Stadien des akut Ekzems einschließlich des Eczema madidans, das Eczema recidiva chronische lichenifizierte Ekzema mit akuten Rezidiven, Ekzembe schaft, therapieresistente Ekzeme, lichenifizierte Ekzeme, Neuroder

An Hand von über 100 Ekzemfällen, welche mit Urandil behan

Digitized by Google

urden, wird die Überzeugung gewonnen, daß das Urandil bei akuten rscheinungen des Ekzems heute das beste lokale Ekzemmittel darstellt.

Bei Sycosis simplex non parasitaria ist Urandil bei gleichzeitiger echanischer Epilation die Methode der Wahl.

Literatur

Nowak, Derm. W., 1927, Nr. 32. — Truttwin, M. m. W., 1925, Nr. 5. — ruttwin, Derm. W., 1930, Nr. 12.

---

us der Dermatologischen Universitätsklinik in Rostock (Direktor: Prof. Dr. W. Frieboes)

Über das Vorkommen unspezifischer Hemmungen bei der Wassermannschen Reaktion

Von

Priv.-Doz. Dr. H. Nagell

23 Jahre nach der Entdeckung der WR finden wir auf der einen Seite ne ungeheure Fülle von Arbeiten, die sich mit den theoretischen Proemen und der praktischen Ausführung befassen, und die zu übersehen, em einzelnen fast unmöglich ist, und auf der anderen Seite die Erenntnis, daß wir von dem Wesen der Reaktion — oder genauer ausdrückt von der die Reaktion auslösenden Substanz — noch weit entrnt sind.

Das hindert nicht, wie A. Klopstock (1) zusammenfassend betont, daß wir in r Praxis, soweit sie die Technik und Methodik betrifft, zu einem gewissen Abschluß kommen sind, während die Theorie sich wieder im Fluß befindet.

Und gerade in der Theorie stehen sich die Ansichten noch diametral gegenüber [Meyer (2)]. Nachdem sich schon bald nach den ersten Veröffentlichungen von Wassermann herausgestellt hatte, daß es sich gar nicht um eine streng spezifische ntigen-Antikörperreaktion — also einer Bindung zwischen den im Luetikerserum thaltenen Antikörpern und aus den aus Organextrakten stammenden Zerfallsodukten der Spirochaeta pallida — handeln könne, sondern daß die Komplementndung auch bei einer Reihe anderer Krankheiten beobachtet werden kann, ist die che nach der dieses Phänomen auslösenden Substanz nicht zur Ruhe gekommen.

Immerhin hat gerade von Wassermann bis in die neueste Zeit die eorie der echten Immunitätsreaktion diskutiert, und die neuesten Verche von Kroó (3), der mit Spirochätenreinkulturen als Antigen arbeite, sprechen sehr in dem Sinne.

Auf diese Versuche werde ich später noch einzugehen haben, weil sie prinzipiell ue Wege weisen. Verfolgt man rein zeitlich den Meinungsstreit, so mußte man zu er Ablehnung der streng spezifischen Antikörpertheorie kommen, weil die Herllung einer Spirochätenreinkultur und somit die Voraussetzung zum Nachweise von ezifischen Antikörpern auf enorme Schwierigkeiten stoßen mußte — die Reinchtung ist bis auf den heutigen Tag nur sehr wenigen geglückt — und weil es auf anderen Seite gelang, auch mit normalen Extrakten eine positive Reaktion feststellen. Es kam hinzu, daß bei Scharlach, Framboësie, Lepra, Malaria, Tuberkulose, ronalvergiftung, nach Morphium ebenso wie nach Äthernarkose eine positive Reakn beobachtet worden war. Auch bei Kaninchen, Rind und Pferd wurde ein Gleiches der Literatur beschrieben. So ergab sich also zunächst, da die Spirochätenreinkulren, wie ich schon ausführte, nicht zur Verfügung standen, daß ein exakter Beweis die Auto-Antikörpertheorie nicht zu erbringen war, und auf der anderen Seite

Digitized by Google

mehrten sich die Autoren, die die Ansicht vertraten, daß die Luesreagine lediglich ins Blut übergetretene Organsubstanzen darstellten.

Hier trennen sich gleich zwei Richtungen. Die einen glauben, das Agens in den Lipoiden suchen zu müssen, während die anderen in einer Vermehrung bzw. in einer erhöhten Labilität der Globuline oder der Albumine das Charakteristikum sehen möchten. WEISBACH (4) z. B. glaubt am Schluß seiner kritischen Besprechung zu dem Schluß kommen zu müssen, daß eine positive Reaktion nur der Ausdruck einer erhöhten Labilisierung der Serumglobuline ist. — Die Stärke der Reaktion würde danach nur durch den jeweiligen Grad der Labilisierung bedingt. In ähnlichen Gedankengängen bewegen sich auch die Untersuchungen von TAKENOMATA (5). Genau so wie schon früher FRIEDEMANN (6) nachgewiesen hatte, glaubt auch TAKENOMATA in den Globulinen das gemeinsame Band der antikomplementären Wirkung suchen zu müssen. Er geht dabei weiter von der Annahme aus, daß die Globuline wandelbare Stoffe seien und daß die antikomplementäre Globulinwirkung dann eintritt, wenn eine Labilisierung der Globuline vorliegt. Nach KASPENBERG und A. J. SCHUIRINGA (7) enthält eben dieses Globulin alle Substanzen, die für das Zustandekommen der positiven Reaktion nötig sind. Nach ihrer Ansicht kann das Albumin, weil es unwirksam ist, völlig vernachlässigt werden. KASPENBERG selbst hatte schon in einer früheren Arbeit die Ansicht vertreten, daß es das Globulin sei, welches eine positive Reaktion auszulösen imstande sei, während das Albumin ganz negativ reagiere. Der Autor findet sich dann in Übereinstimmung mit einer Reihe älterer Autoren, die noch aus der ersten Wassermann-Ära stammen und von denen ich nur die Arbeiten von LANDSTEINER und MÜLLER (1908) (9), GEORGI und VOLK (1908) (10), BAUER und HIRSCH (1910) (11) und ELIAS, NEUBAUER, PORGES und SALOMON (1908) (12) nennen will.

In einer neueren Arbeit weisen ferner HERZFELD und KLINGER (13) darauf hin, daß allen luetischen Seren der Nachweis stark labiler Globuline eigen ist. Die pathologische Veränderung des Blutes ist hier nicht eine qualitative in dem Sinne, daß chemisch neuartige Stoffe auftreten, wie sie im normalen Blute nicht vorkommen. Es handelt sich vielmehr bloß um eine Vermehrung derjenigen Eiweißteilchen, welche sich durch ihre niedrige Dispersität und ihre geringe Löslichkeit ihrer Oberfläche auszeichnen und daher fällenden Eingriffen gegenüber besonders empfindlich sind. Damit würde allerdings auch zu erklären sein, daß die Sera vieler Tierarten physiologischerweise schon solche labilen Globuline enthalten, eine positive WR geben können. — Es gelang den Autoren ferner zu zeigen, daß für das Zustandekommen der positiven WR nicht die Globuline in ihrer Gesamtheit notwendig sind, indem sie das Serum der Hauptbestandteile seiner Globuline beraubten, ohne daß die positive Reaktion verloren ging.

Eine gewisse Bestätigung dieser Untersuchungen brachte die Arbeit von STERN (14), der die WR als physikalisch-chemischen Vorgang ablehnt und in den „Euglobulinen" diejenige Substanz gefunden zu haben glaubt, die er für eine positive Reaktion verantwortlich machen zu müssen meint. Nachdem er die Euglobuline durch Elektrolyse ausgeflockt zu haben glaubte, reagierte kein Serum mehr positiv, obgleich es noch Albumine und Pseudoglobuline enthielt.

Daß sich manches gegen die Ansichten ausführen läßt, soll bei Besprechung der Lipoidnatur des Luesreagins gesagt werden. Aber KASPENBERG (15) scheint mir doch das Richtige zu treffen, wenn er darauf hinweist, daß ja die Physiologen selbst nicht einmal über die Abgrenzung von Albuminen und Globulinen einer Ansicht sind. Während die ältere Schule eine scharfe Abgrenzung ziehe, glaubten die jüngeren Physiologen, daß fließende Übergänge bestünden, so daß schon dadurch ein Teil der Widersprüche sich erklären lassen würde. Auch ÖHLERT und SCHIAKE (16) sind der Ansicht, daß überhaupt Aussalzungsmethoden, Dialyse und bis zu einem gewissen Grade auch die Co_2-Spaltung als solche sehr fragliche Eingriffe in den physiologisch-chemischen Aufbau des Serumeiweißes seien. Gegen die Arbeiten muß man weiter ins Feld führen, daß die Autoren fast nie von gleichen Versuchsbedingungen ausgegangen sind. Nach BAUMGÄRTEL (17) ist es außerdem zur Zeit noch gar nicht möglich, eine vollständige Ausfällung der Serumglobuline zu erreichen.

Eine gewisse Rolle scheinen aber die Globuline bei einigen unspezifischen Hemmungen zu spielen und von denen möchte ich eine hier kurz streifen.

Es ist ja bekannt, daß hin und wieder Seren zur Untersuchung kommen, die eine komplette Hemmung zeigen und bei denen auch die Kontrolle partielle, manch-

Digitized by Google

ber totale Hemmung aufweist. Dabei handelt es sich meist um Seren, die entweder tark geschüttelt oder die durch Bakterien verunreinigt sind. Im Gegensatz zu den chten Luesseren konnten Gloor und Klinger (18) nachweisen, daß diese negativ eagierten, wenn sie ihrer Globuline beraubt sind. Auf diese Fehlerquelle zuerst aufnerksam gemacht zu haben, ist das Verdienst von Donges (19). Er kommt zu dem chluß, daß es durch Zusätze bestimmter Mikroorganismen, die auch als zufällig inizierend in Betracht kommen können, gelingt, normale Seren so zu verändern, daß ei der Komplementbindungsreaktion die Hämolyse teilweise vollkommen ausbleibt.

In Anbetracht der Wichtigkeit dieses Ergebnisses für die Beurteilung on Seren, bei denen unspezifische Hemmungen vorliegen könnten, schien ir eine Nachuntersuchung angebracht zu sein. Ich habe eine ganze eihe von Seren, die vorher auf ihr negatives Ergebnis mit der WR geüft worden waren, künstlich mit je einer Öse Staphylokokken, Pasteuellen, Gonokokken, Sarzine, Koli und Streptokokken infiziert. Diese öhrchen habe ich bei 37° 18 bis höchstens 20 Stunden im Brutschrank ehalten und dann erneut die Reaktion angestellt. Das Ergebnis ist aus er Tabelle zu ersehen.

WR

Normal	½ Stunde geschüttelt	Staphylokokken 1. Ablesung	Staphylokokken 2. Ablesung	Pasteurellen 1. Ablesung	Pasteurellen 2. Ablesung	Gonokokken 1. Ablesung	Gonokokken 2. Ablesung
–	–	0,1 +++	–	–	–	–	–
		0.4 ++++	++++	–	–	–	–
–	–	0,1 +++	–	–	–	–	–
		0,4 ++++	++++	+	–	–	–
		K. ++++	++++	–	–	–	–
ontrolle, Blutplatten nach 24 Stunden Brutschrank		+++		+++		–	

Normal	½ Stunde geschüttelt	Sarzine 1. Ablesung	Sarzine 2. Ablesung	Coli 1. Ablesung	Coli 2. Ablesung	Streptokokken 1. Ablesung	Streptokokken 2. Ablesung
–	–	0,1 –	–	–	–	++++	+++
		0.4 –	–	–	–	++++	+++
–	–	0,1 –	–	–	–	++++	+++
		0.4 –	–	–	–	++++	+++
		K. –	–	–	–	++++	+++
ontrolle, Blutplatten nach 14 Stunden Brutschrank		+++		++		++	

Bei den Versuchen bin ich mir bewußt, daß die Brutschranktemperatur von ° für die normalen Verhältnisse praktisch kaum in Frage kommt. Auf der anderen ite aber ist die Zeitdauer von 18—20 Stunden sehr knapp gewählt und dürfte in r Praxis häufig um ein Vielfaches überschritten werden. Was die Ergebnisse befft, so muß festgestellt werden, daß das Ausbleiben der Hämolyse nicht von dem achstum der Bakterien allein bedingt sein kann, sonst müßten Koli und Pasteurellen, e ja in der Kontrolle noch sehr gutes Wachstum zeigten, ebenfalls eine Hämolyse wirkt haben. Daraus, daß zwei gramnegative Bakterienarten negativ reagierten, ihrend die grampositiven fast alle zu einer kompletten Hemmung führten, können bstverständlich bindende Schlüsse nicht gezogen werden. Aber schon daraus, daß ch die Kontrolle meistens ebenso gehemmt war wie die Probe, die mit erhöhten

Digitized by Google

Serummengen angesetzt war, erhellt, daß es sich um ganz andere Vorgänge handeln muß, als die, die wir beim Luesnachweis erfassen.

Wenn damit die prägnantesten Arbeiten besprochen sind, die in einer Veränderung der Eiweißbestandteile des Blutes das Hauptmoment sehen wollen, das zur Auslösung der positiven WR führt, so beschäftigen sich die neueren experimentellen Untersuchungen hauptsächlich mit der Lipoidnatur des Luesreagins.

Ein Übergang zu der Lipoidnatur der WASSERMANNschen Substanz bildet schon die Arbeit von SACHS (20). Nach seiner Auffassung ist es nicht die erhöhte Fällbarkeit der Globuline, die das Syphilitikerserum charakterisiert, sondern seine Eignung, mit dem Organextrakt so zusammenzuwirken, daß ein globulinfällender Einfluß entsteht. Oder anders ausgedrückt, würde das also heißen, die Globulinveränderung ist nicht der primäre Vorgang, sondern erst sekundär bedingt.

Überzeugend hat ferner FELKE (21) darauf hingewiesen, daß es nicht die Globuline allein sein können, die die Luesreaktion ergeben. „Der Kern der spezifischen Serumveränderung ist in den stabilen Serumbestandteilchen zu suchen, der Albuminfraktion, die auch den größten Anteil der Lipoide enthält."

Damit schließen sich aber schon beide Autoren der neuen Forschungsrichtung an, die fast übereinstimmend den Lipoidcharakter des Luesreagins betont. Auch RENDONI (22) stimmt im großen und ganzen mit den beiden zitierten Autoren überein, denn für ihn entsteht die positive Reaktion durch Wechselwirkung der Extraktlipoide und „gewisser Serumbestandteile", die zu einer Präzipitation führen, durch die dann die Komplementfixation zustande kommt. Es handelt sich nach seiner Ansicht um eine Kolloidreaktion, bei der alle Eiweißkörper eine Veränderung erlitten haben.

Die Untersuchungen von FORSSMANN (23), der nachwies, daß bei Endolumbehandelten zuerst die Zellen, dann die Globuline und zum Schluß erst die Eiweiß schwindet, brachten einen weiteren Beweis für die Richtigkeit der Anschauung, daß die Globuline keine ausschlaggebende Rolle für das Zustandekommen der positiven Reaktion spielen können. — Schon in einer früheren Arbeit hatte der Autor sich gegen die Eiweißnatur der WASSERMANNschen Substanz ausgesprochen und war zu dem Schluß gekommen, daß entweder die WASSERMANNsche Substanz in allen menschlichen Seren vorhanden ist, normalerweise aber durch einen anderen Körper paralysiert wird und der beim Syphilitiker eben fehlt, oder aber es tritt im syphilitischen Serum ein neuer, die WASSERMANNsche Substanz beim Inaktivieren schützender Körper auf. Folgen wir nun weiter den Autoren, die in den Lipoiden die für die positive Reaktion ausschlaggebende Substanz suchen, so ist von vornherein zwischen zwei Richtungen zu unterscheiden. Während die einen eine echte Immunitätsreaktion für vorliegend erachten, also einen spezifischen Antikörper gegen die lipoide Substanz der Spirochäte annehmen, glauben die anderen, daß „die Auffassung der WR als Krankheitssymptom, hervorgerufen durch eine Ausfallserscheinung von Zerfallsprodukten, höhere Wahrscheinlichkeit hat [BRUCK, S. 18 (24)].

Aber gerade die Frage, ob das die Immunitätsreaktion „auslösende Agens" von den Organlipoiden oder aber von den Spirochäten herrührt, hat, wie auch HANS SACHS (25) ausführt, nicht nur theoretisches, sondern vor allen Dingen auch praktisches Interesse.

Nimmt man die WR als echte Immunitätsreaktion an, so wird man im Hinblick auf unsere heutige Therapie bei dieser Anschauung nicht um einen Gewissenskonflikt herumkommen, denn eine positive Reaktion würde nach dem heutigen Standpunkt unserer Wissenschaft, und eine echte Immunitätsreaktion vorausgesetzt, durchaus eine sicher ausgeheilte Lues anzeigen können, während auf der anderen Seite die durch unsere Therapie negativ gewordene Reaktion ein Zunichtemachen der Abwehrkräfte des Organismus bedeuten würde [SIMINÉ (26)].

Immerhin scheinen mir gerade die Arbeiten von KROÓ (3) und neuerdings von GAETHGENS (27) zu zeigen, wie man auch bis zu einem gewissen Grade aus diesem Dilemma herauskommen kann. Darauf werde ich noch später einzugehen haben.

Zu den Autoren, die eine echte Antikörperreaktion für vorliegend erachten, gehört zunächst WASSERMANN (28) selbst. WASSERMANN vertritt die Ansicht, daß

Digitized by Google

sich im syphilitischen Serum eine Substanz befindet, die die Eigenschaft hat, Lipoide zu binden, wobei diesem neugebildeten Aggregat eigen ist, Komplement zu verankern. Im Sinne EHRLICHS wäre damit ein echter Ambozeptor vorhanden, der zur Klasse der Antikörper gehören würde. Das Wesen der WR beruht also auch seiner Ansicht auf einem echten Ambozeptor für Lipoide. Die syphilitische Gewebszelle hat demgemäß einen lipoiden Stoffwechsel. In einer weiteren Arbeit kommt er zu dem Schluß, daß diese Organlipoide echte Antigene seien, wenn sie auch im physikalisch-chemischen Sinne Kolloide darstellen. Es ist ja bekannt, daß schon früher MUCH (29) für die Tuberkuloseimmunität ein Lipoid bzw. Fettantikörper angenommen hat. Die oben ausgeführten Gedankengänge von WASSERMANN würden allerdings in gleichem Sinne auch für Lues sprechen. Gegen diese Ausführungen sind nicht unerhebliche Einwendungen gemacht. So hat z. B. NIEDERHOFF (30) mit reinen Lipoiden niemals antigene Eigenschaften nachweisen können. Er lehnt deshalb auch die Annahme WASSERMANNS, daß die Antikörper lipoiden Ursprungs seien, ab.

Nach MUCH und SCHMIDT (31) ist die WR unspezifisch, weil sie nicht unmittelbar eine Lebensäußerung der Spirochäten ist, sondern erst eine Folge von Stoffwechselveränderungen, die ihrerseits durch Spirochäten verursacht sind. Diese Stoffwechselveränderungen führen aber nach Ansicht der Autoren zu Immunitätskörperbildungen, wobei das Antigen ein Organlipoid darstellt und der Antikörper demzufolge ein Lipoidantikörper sein müßte.

In einer interessanten Arbeit geht BACHMANN (32) auf diese Gedankengänge ein und gibt die Möglichkeit zu, daß die Reaktion an Organabbaustufen geknüpft ist, über deren Art sich jedoch Sicheres nicht aussagen läßt. Nach seiner Ansicht ist es bisher noch nicht einwandfrei bewiesen, daß es sich bei der WR um eine Antigen-Antikörperreaktion handelt, ebenso sei der sichere Beweis, daß es sich um einen Lipoidantikörper bei der WR handelt, noch zu erbringen. Zu einem gleichen Ergebnis, daß nämlich ein Beweis für eine Antigen-Antikörperreaktion noch nicht erbracht sei, kommt auch SECKI (33). Er vertritt den Standpunkt, daß es sich bei dem eigenartigen biologischen Zustand der luetischen Seren nicht um eine einfache physikalisch-chemische Zustandsänderung handele, sondern um das Vorhandensein einer in bestimmter Weise wirkenden Substanz, eines Agens, das von Extrakt und Serum gebildet wird.

Nach dem Gesagten ist die Frage berechtigt, welche Beweise haben wir für den Lipoidcharakter des Luesreagins?

Als Ausgangspunkt für eine ganze Reihe von Untersuchungen, die H. SACHS (34) in Gemeinschaft mit H. KLOPSTOCK und J. WEILL machte, dienten die Ergebnisse von LANDSTEINER (35), dem es durch Vorbehandlung von Kaninchen mit Gemisch von alkoholischen Extrakten heterogenetischer Organe und Schweineserum gelang, Antikörper zu erzeugen. Es gelang dann SACHS und seinen Mitarbeitern zu zeigen, daß nach kombinierter Vorbehandlung mit arteigenen alkoholischen Organextrakten und Schweineserum Lipoidantikörper gebildet werden. Damit kann man nach ihrer Ansicht als gegeben annehmen, daß auch unter dem Einfluß der syphilitischen Infektion in gleicher Weise Lipoidantikörper entstehen, wodurch ja das Wesen der luetischen Blutveränderung erklärt würde. Es würden demnach bei der Lues primär durch Gewebszerfall Lipoide frei, die sich dann mit der artfremden Spirochätensubstanz verbinden und so die Vorbedingungen für die Bildungen der Lipoidantikörper schaffen. — Weitere Untersuchungen führen zu dem Ergebnis, daß diese Lipoidantikörper nur dann entstehen, wenn die Extraktbestandteile mit der Serumkomponente zuvor gemischt waren. Man muß also annehmen, daß das Schweineserum als artfremde Substanz gewissermaßen als Schlepper wirkt und so erst die immunisatorischen Vorgänge ermöglicht. Gegenüber diesen Autoren folgert F. KLOPSTOCK (36) aus seinen Versuchen, daß die positive Reaktion durch Spirochätenlipoide und nicht durch Organlipoide bedingt ist und daß demnach die Spirochätenlipoide als immunisatorisch Wirksame bei der Lues darstellen. Auch GRIESBACH (37), der nach intraperitonealer Injektion von Luesextrakten eine positive Reaktion erhielt, dagegen bei gleicher Anwendung von Normalextrakt eine negative, möchte aus diesem Grunde in der positiven Reaktion zum Teil eine echte Antigen-Antikörperreaktion sehen.

Es bleibt also nur die Frage zu ventilieren, ob das die Reaktion aussende Agens die Organlipoide oder die Spirochätenlipoide betrifft.

Digitized by Google

Eine Nachprüfung der Befunde von SACHS und seinen Mitarbeitern sind u... anderem von ORNSTEIN (38) durchgeführt. Er bestätigt die Befunde der Auto... Auch HECHT und SCHUBERT (39) konnten die Tierversuche insofern bestäti... weil es ihnen gelang, am Menschen mit der gleichen Methode ebenfalls eine pos... Reaktion zu bekommen. In Übereinstimmung mit den genannten Autoren befind... sich ferner CUREIA (40), der sowohl im Tierexperiment wie auch am Menschen u... schwer eine positive Reaktion auslösen konnte.

Auf der anderen Seite haben gerade die Befunde von F. KL... STOCK (36), der, wie ich schon ausführte, annimmt, daß die positiv... Reaktion durch Spirochätenlipoide bedingt ist, durch die Versuche v... KROÓ (3) und neuerdings durch GAETHGENS (27) eine weitgehende Stü... gefunden. Es gelang KROÓ zu zeigen, daß mit Pallida-Spirochäten-Re... kulturen spezifische komplementbindende Antikörper erzeugt werden k... nen, was eventuell als Beweis für die Richtigkeit der These von F. KL... STOCK (36) sprechen könnte.

Wenn ferner ABADJIEFF (41) auf Grund seiner Untersuchun... zu dem Schluß kommt, daß bei der Entstehung der syphilitischen Blu... veränderung neben Lipoidantigenen spezifische Substanzen eine au... schlaggebende Rolle spielen könnten, so wird diese Ansicht, wie ich ob... ausführte, nicht nur von KROÓ (3) bestätigt, sondern auch GAETH... GENS (27) gelang es zu zeigen, daß man, je nachdem was man als Antig... benutzt, offenbar verschiedene Vorgänge nachweist, die im infi... zierten Organismus selbständig nebeneinander hergehen. N... seiner Ansicht haben wir es bei der WR mit einer Reaktion zwische... bestimmten Serumstoffen, deren Natur uns noch nicht näher bekannt i... und ubiquitären Lipoiden zu tun, während der Pallidareaktion eine spe... fische Reaktion zwischen dem Pallida-Antigen und seinen Antikörpern zugrunde liegt.

Damit würde allerdings auch die Ansicht von GENNERICH (42) widerlegt sein, nach dessen Untersuchungen es einen einheitlichen Antikörper gegenüber der Spirochaeta pallida nicht gibt, so daß es sich um Gruppenreaktionen handele, die gegen die Hauptbestandteile des Erregers gerichtet wären. GENNERICH (42) nimmt weiter eine besonders hochgradige Entwicklung der lipoidspaltenden Fermente gegenüber der luetischen Infektion an und nähert sich damit schon sehr wesentlich der Ansicht von BERGEL (43).

Ich bin auf diese Befunde näher eingegangen, weil hier vielleicht eine Möglichkeit gegeben ist, unspezifische Reaktionen zum Teil wenigstens ausschalten zu können. Ehe ich jedoch auf die unspezifischen Reaktionen bei mit Malaria Geimpften eingehe, möchte ich noch kurz der interessanten Versuche BERGELs (43) Erwähnung tun, der glaubt, nachgewiesen zu haben, daß durch erhöhte Auswanderung von Lymphozyten in die Blutbahn bei Syphilitikern auch ein erhöhtes Fettspaltungsvermögen im luetischen Serum entsteht, „dessen Stärke entsprechend der Funktion der Lymphozytenfermente als Abwehrstoffe gegen die luetische Infektion, anscheinend parallel ist dem Grade der erzielten Antikörperbildung.

Nimmt man an, daß tatsächlich die Lymphozyten bzw. die Plasmazellen und ihre Bildungsorgane, also die Lymphdrüsen und die Milz, die Antistoffe gegen die Lipoidstoffe der Lueserreger produzieren und nimmt man mit BERGEL (43) weiter an, daß „die Antikörperwirkung im wesentlichen auf einer lipatischen Ambozeptorenwirkung beruht, so wäre damit allerdings das Wesen der WR zum Teil wenigstens geklärt". Er glaubt also, daß die sogenannte WR-Substanz identisch ist mit dem [illegible]

Digitized by Google

em Ambozeptor stammenden Lipoiden. Diese Auffassung gewinnt aber ein besonderes nteresse, weil dadurch auch die positive Reaktion bei Malariakranken erklärt werden önnte. Folgt man BERGEL (43) weiter, so erhält auch der Malariaparasit ein dem yphilitischen ähnliches Lipoid, so daß wir hier genau so wie dort einen lipolytischen ntikörper für die positive Reaktion verantwortlich machen könnten. Mit dieser heorie können wir auch ohne Zwang die Tatsache erklären, daß eine Reinfektion äufig nur schlecht oder gar nicht angeht, nämlich dann, wenn noch genügend lipolyche Antikörper vorhanden sind. Auch die bei fast allen Malariakranken zu finende starke Milzvergrößerung würde, als reaktiver Prozeß im Sinne des Autors aufefaßt, das Positivwerden der Reaktion bei Malariakranken erklären helfen.

Somit faßt BERGEL (43) also die positive WR auch nicht als einen primären Organ auf, sondern sie ist für ihn auch nur „ein biologischer Ausdruck für das Bestehen von lymphozytären Abwehrerscheinungen gegenüber den Lipoiden der Luesreger und, wie ich gleich hinzufügen darf, vielleicht auch gegenüber den Lipoiden er Malariaparasiten.

Fasse ich die Ergebnisse dieses ersten Teils zusammen, so ergibt ich, daß gerade in der Theorie sich die Ansichten noch diametral gegenber stehen. Eine restlose Klärung wird sich bei dem verwickelten Prolem und dem komplizierten Zusammenwirken so vieler Substanzen in bsehbarer Zeit auch kaum finden lassen.

Es erscheint mir deshalb nicht unwichtig, auf eine weitere Fehlerquelle, nämlich die positive Reaktion beim Malariakranken zuammenfassend hinzuweisen, denn auch bei dieser Erkrankung herrscht ber die Häufigkeit der Hemmungen noch keineswegs Klarheit.

Was nicht wunderzunehmen braucht, wenn man bedenkt, daß gerade die WR rch die Vielheit der Reagentien, die gegeneinander eingestellt sind, eine äußerst ffizile Methode darstellt. Je größer die Anzahl der aufeinanderwirkenden Agentien t — es sind ja bekanntlich fünf —, desto größer muß naturgemäß auch die Fehlerelle werden. Dazu kommt, daß die Technik fast in jedem Institut wenigstens etwas odifiziert ist, und mit Recht weist KAUP (44) in seiner Kritik der Methodik der R darauf hin, daß schon die geringste qualitative oder quantitative Veränderung in er Beschaffenheit des einzelnen Agens einen Einfluß auf das Ergebnis der Reaktion süben kann.

Dies glaubte ich vorausschicken zu müssen, damit die Divergenz der Befunde bei utochthoner wie auch bei der Impfmalaria nicht gar zu kraß erscheint. Denn da ich n eigenen Untersuchungen, die bei Impfmalaria vorgenommen sind, berichte, läßt sich nicht umgehen, zuvor über den Stand der Untersuchungen bei ersterer zu refeeren, weil Vergleiche sonst kaum zu ziehen sind, und somit ein Teil der Arbeit nfällig geworden wäre.

Es ist bekannt, daß die Ergebnisse bei autochthoner Malaria nsichtlich des Wassermannschen Befundes im Blut durchaus noch idersprechend sind.

Nachdem zuerst SCHÜFFNER 1912 (45) gezeigt hatte, daß die Extraktfrage bei n Untersuchungen Malariakranker eine große Rolle spielt — er hatte z. B. mit isserigen Luesleberextrakten 79% positive Resultate, dagegen mit alkoholischen erzextrakten nur 10% —, sind eine ganze Reihe von Arbeiten erschienen, die sich it dieser Frage beschäftigen. HIRSCH (46) z. B. erhielt bei Benutzung der Originalethode nach WASSERMANN in 30% positive Resultate, ein Prozentsatz, der auch n BAERMANN und WETTER (47) gefunden wird. Auch BÖHM (48) kommt zu gefähr gleichen Ergebnissen. Der Autor fand in 66,5% negative Reaktion, in ,5% dagegen Hemmung. Bei aktiver Malaria, d. h. solange Parasiten im Blute eisen, äußert ASBELEW (49), ist die WR in großem Prozentsatz positiv. Im eichen Sinne äußert sich auch MEYERSTEIN (50), wenn er sagt, daß eine positive aktion — 70—80% reagierten bei ihm positiv — sich dicht anlehnt an das Vorndensein von Plasmodien im Blute. Auch HEHEWERTH, F. H. und W. A. KOP (51), e bei 50% positive Reaktion fanden, möchten eine lang anhaltende positive WR s Zeichen von nicht geheilter Malaria ansehen.

Digitized by Google

Wenn demgegenüber BUSINEO, S. und P. FOLTZ (52) nur 11% positive Resultate erheben konnten und auch mit Antigenen von Malariaorganen keinen höheren Prozentsatz bekamen, so befinden sich die Autoren hierin in Übereinstimmung mit DOWNS ME KEAN (53), der bei Malaria auch nur eine schwach positive Reaktion sah, und auch diese nur, wenn das Blut während des Fieberanstiegs entnommen worden war.

Diese sich anscheinend widersprechenden Resultate sind jedoch bedingt, wie ich schon oben ausführte und wie auch JACOBSTHAL und ROCHA D'LIMA hervorheben, einmal durch die angewandte Methode und zum anderen durch die Art des Extraktes.

Es erhebt sich also die Frage, sind die positiven Resultate nur durch die Malaria bedingt oder hat die Malaria in einer Reihe von Fällen eine latente Lues überlagert und ist somit die Hemmung durch die Syphilis bedingt? Und zum anderen kommt es wirklich bei der Malaria in einem so großen Prozentsatz zu einer positiven Reaktion, welche Möglichkeiten gibt es, um Fehlschlüsse zu vermeiden?

In einer früheren Arbeit, die ich in Gemeinschaft mit LANGHANS (55) veröffentlicht habe, haben wir schon darauf hingewiesen, wie wichtig es ist, daß zunächst eine größere Anzahl von Gonorrhoepatienten, die künstlich mit Malaria infiziert sind und bei denen eine Lues vorher sicher ausgeschlossen worden war, systematisch auf positive Schwankungen kontrolliert würden. Denn nur so schien es mir möglich, in diesem doch wohl sehr komplizierten Gebiet vorwärts zu kommen.

Es kommt hinzu, daß die Bedingungen bei solchen Untersuchungen an der hiesigen Klinik besonders günstig waren. Günstig insofern, weil damit sogleich auch die Frage, ob es gestattet ist, mit erhöhten Serummengen zu arbeiten, wie wir es an der Klinik in Anlehnung an die Methode von KROMAYER und TRINCHESE (56) tun, erneut hinsichtlich der Spezifität einer Prüfung unterzogen werden konnte. Denn man kann mit PÖHLMANN (57) durchaus bezweifeln, ob die quantitativen Verhältnisse bei der Original-WR auch die optimalen sind, während man den Einwand, daß durch höhere Serummengen auch die Spezifität leiden könne, nur durch Prüfung von Seren, bei denen unspezifische Hemmungen bekannt sind, widerlegen kann. Wenn mir auch die Verneinung dieser Frage auf Grund unserer an etwa 95 000 Seren gemachten Erfahrungen ziemlich sicher war, so war es nicht undenkbar, daß gerade bei erhöhten Serummengen gewisse Differenzen bei Malariaseren sich ergeben könnten. So weist z. B. schon FELKE (58) auf die Tatsache der paradoxen Reaktion hin. Er versteht darunter eine Reaktion, die bei 0,1 Serum positiv ausfällt, während sie bei 0,4 entweder ganz durchlöst oder wenigstens doch zum Teil und die besonders dann aufzutreten pflegt, wenn unspezifische Hemmungen vorliegen.

Um gleichzeitig die Extraktfrage nach Möglichkeit zu klären, wählte ich zu meinen Versuchen cholesterinierten Rinderherzextrakt. Hierzu entschloß ich mich, weil die Ergebnisse mit Menschenherzextrakt aus der Jenaer Klinik von HOPF (59) inzwischen erschienen waren und somit vielleicht ein Vergleich hinsichtlich der Spezifität der Reaktion am ehesten möglich war. Sämtliche Seren wurden also derart untersucht, daß als Antigen zwei cholesterinierte Rinderherzextrakte dienten, die bei luetischen Seren gleichmäßig gute Resultate lange ergeben hatten.

Die Herstellung des Extraktes ist ja auch von FELKE (58) unlängst publiziert, ich brauche deshalb nur auf diese Arbeit zu verweisen. Dabei habe ich bewußt auf Versuche mit Luesleberextrakten verzichtet, weil frühere Versuche gezeigt hatten, daß bei Verwendung höherer Serummengen diese leichte unspezifische Hemmung ergehen können und so der Malariafehler nicht sicher beurteilt werden konnte.

Auf die Untersuchungen von K. MAYER ist hier nicht näher einzugehen, weil auch er seine Untersuchungen nur an Luetikern gemacht hat und somit nicht ohne weiteres zu entscheiden ist, wieviel positive Ergebnisse durch einen alten luetischen Prozeß bedingt sind.

(Schluß folgt)

Digitized by Google

Versammlungen

Verein Dresdner Dermatologen

Sitzung vom 16. XII. 1929

Vorsitzender: Werther

Werther: Lupus des Gesichts.

24jähr. Pat. Im letzten Jahre Rezidive an Nase und Oberlippe. Seit 3 Monaten salzlose Diät und Kohlenbogenlicht. Schon nach 4 Wochen der Lupus flacher, die ursprünglich hellrote Farbe jetzt hellbraun.

Linser hat mit Galewsky einige Fälle von Lup. vulg. mit kochsalzloser Kost behandelt und Besserungen gesehen. Ausheilung bisher nicht erreicht.

Kloeppel: Nicht resorbierte intramuskuläre Bi-Depots.

Pat. hat die erste Salvarsan-Bi-Kur wegen primärer Syphilis gut vertragen, ebenso 4 Bisuspeninjektionen der zweiten Kur. Nach der 5. bildete sich eine harte Infiltration, die zu Abszeß führte, im Eiter Bisuspen und Leukozyten, keine Bakterien. Eine 14 Tage später gemachte Bisuspeninjektion nimmt den gleichen Verlauf. Da beide Einspritzungen aus verschiedenen Flaschen vorgenommen sind, kann es nicht an dem Medikament liegen, sondern kommt eine erworbene Resorptionsunfähigkeit des Organismus in Frage.

Ehrlich beobachtete ähnliche Knoten und schreibt sie dem Bisuspen zu, das er für unzuverlässig hält.

Werther berichtet über einen ähnlichen Fall nach Bismogenol; es kam zu spontaner Perforation. Er empfiehlt Abwarten, keine Inzision.

Werther: 1. Multiple Melanosarkome.

Mutter der 44jähr. Pat. an Karzinom gestorben. Vor 4 Monaten bläulicher Fleck am linken Oberschenkel, der zusehends größer wurde. Seitdem am ganzen Körper Knötchen, die an die Oberfläche emporwachsen, dann als bläulichschwarzer Tumor mit rotem, entzündlichem Hof sichtbar werden. Histologisch Melanosarkome.

2. Erythema induratum exulceratum.

Pat. in der letzten Sitzung vorgestellt. Das große Geschwür ist in 6 Wochen, also ziemlich rasch, geheilt, und zwar ohne Jodkali; Pat. hat salzlose Kost nach Gerson gehabt.

Linser betont, daß manche Arten von Krampfadergeschwüren anscheinend recht gut auf kochsalzlose Kost reagieren.

3. Spastische Spinalparalyse (Erbsche metaluische Form).

53jähr. Goldarbeiter. 1919 luetische Infektion; 4 Kuren, bis 1924 außerdem noch mehrere kurze Kuren, weil die WR positiv war; seit 1924 WR —, Liquor —. Seit 4 Monaten Zucken in beiden Beinen, Doppeltsehen rechts, Gedächtnisschwäche. Seit 2 Jahren Incontinentia urinae, manchmal spontaner Stuhlabgang. Seit etwa ¼ Jahr katheterisiert Pat. sich selbst; da dies nicht mehr gelingt, kommt Pat. zur Aufnahme. Im Vordergrund steht der spastisch-paretische Gang. Pupillen reagieren träge, Patellar- und Achillesreflexe gesteigert; Sensibilität an den unteren Extremitäten und am Bauch bis in die Höhe der Rippenbögen stark herabgesetzt. WR —, Kahn ±, Liquor —. Zystitis mit hohen Temperaturen, die nach Dauerkatheter und Zylotropininjektionen abheilte.

4. Lichen planus: gleichzeitig amyotrophische Lateralsklerose.

54jähr. Witwe; 1906 luetische Infektion; 3 Kuren. 1918 Beginn der Nervenerkrankung mit Muskelschwund, erst am linken Daumenballen, dann auf die rechte Seite übergehend. Seit 1924 undeutliche Sprache. Jetzt eine Atrophie der Interossei, Armmuskeln und des Schultergürtels; grobe Bewegung, kraftlos. Reflexe gesteigert, starker Dermographismus, keine Entartungsreaktionen. WR —, Liquor —. Seit 2 Monaten ein juckender Ausschlag, rote Knötchen und Ringe, außerdem durch Konfluenz entstandene Scheiben, an den Knien psoriasiform. Schleimhäute frei.

5. Zur Mikrosporieepidemie in Dresden. Demonstration der kleinfleckigen Alopeziefälle.

1. Demonstration eines Kindes, das neben zahlreichen kleinen, nicht gleichmäßig konturierten, kahlen, glatten Stellen typische schuppende Herde, in denen massenhaft Pilze nachweisbar sind, auf dem behaarten Kopf aufweist; ein Bruder

Digitized by Google

leidet ebenfalls an Mikrosporie mit Pilzbefund. — 2. Bei einem andern Kinde außer zahlreichen kleinen kahlen Stellen erhabener umschriebener roter Fleck, in dessen Bezirk die Haare fehlen. Oberfläche leicht gewellt und gerunzelt. Um den Naevus ein Saum von Alopezien bei normal gefärbter und geformter Haut. Der Naevus hat also eine Prädisposition für die Lokalisation der Alopezie abgegeben, was als vegetativ-endokrine Ursache der Alopezie gedeutet werden kann, für deren Lokalisation noch ein peripherer Umstand bestimmend wirkt.

Linser kann die neben der klassischen Mikrosporie beobachteten Fälle von kleinfleckigem Haarausfall nicht als zur Mikrosporie gehörig betrachten. Die Mikrosporie ist eine leicht zu diagnostizierende Pilzerkrankung; der Pilznachweis ist einfach, die Pilze sind in den kranken Herden reichlich vorhanden und ermöglichen auch an makroskopisch wenig charakteristischen Stellen eine klare Diagnose.

Linser: Purpura haemorrhagica nach Triphalinjektion.

54jähr. Pat. wurde wegen Lupus erythematosus mit Triphaldosen behandelt (zuerst 0,0001, dann 0,001). Nach der 14. Injektion Blutaustritte an Haut und Schleimhäuten in Form von Petechien, hämorrhagischen Flecken und Blutblasen. Besonders schwere Veränderungen im Lupusherd. Schwerer Allgemeinzustand, hohe Temperatur, blutige Durchfälle, hämorrhagische Nephritis, Ödeme, zeitweise Benommenheit und Kopfschmerz.

Linser: Über Trilysin.

Trilysin wird hergestellt auf Grund falsch gedeuteter, tierexperimenteller Beobachtung, wonach das Cholesterin das Haarwachstum anregen soll. Jaffé konnte durch kräftiges Einreiben von 50%iger Cholesterinvaseline an der rasierten Kaninchenhaut Haarwuchsbezirke hervorrufen. Da Linser und Kähler durch Einreiben reiner Vaseline dieselben Resultate erzielten, kann dem Cholesterin unmöglich eine spezifische, das Haarwachstum fördernde Wirkung zugeschrieben werden, sondern die Haarwuchsbezirke entstehen lediglich infolge der mechanischen durch das Reiben gesetzten Irritation der Kaninchenhaut. Die bereits früher gemachten Einwendungen wurden neuerdings im Würzburger pharmakologischen Institut bestätigt.

O. Dahmen-Dresden.

Referatenteil

Fachzeitschriften

Zeitschrift für Urologie

1929, Bd. 23, H. 12

Abramian, A. Ja.-Moskau: Ein Fall von großem Stein der Urethra. S. 993.

Verf. beschreibt einen primären Urethralstein von außergewöhnlicher Größe, der viele Jahre ohne Beschwerden zu machen in der Urethra lag (etwa 9 Jahre). Durch sein Wachstum und den anschließenden Druck dehnte der Stein die Urethralwand und verursachte die Bildung einer Urethrozele, die auch die Ursache für das Fehlen irgendwelcher Harnsymptome bildete.

Sitzung der Berliner urologischen Gesellschaft vom 26. März und 14. Mai 1929. S. 996 und 1013.

Verhandlungsbericht.

1930, Bd. 24, H. 1, S. 1—30

Einzig, O.-Hamburg: Ureterveränderung nach Trauma.

An Hand einer Reihe von Pyelogrammen weist Verf. darauf hin, welche krankhaften Veränderungen gleich oder später im Anschluß an Traumen, die den Rücken oder Bauch treffen, eintreten können. Bei unklaren Beschwerden längere Zeit nach einem Rücken- oder Bauchtrauma, auch bei normalem Urinbefund, ist eine eingehende Untersuchung der Harnwege vorzunehmen.

Kneise, O.-Halle: Das primäre Ureterkarzinom.

Unter Anführung zweier selbst beobachteter Fälle bespricht Verf. die Möglichkeiten zur frühzeitigen Erkennung der Ureterkarzinome. Nur selten sind alle Symptome

Digitized by Google

dafür nachweisbar: Schmerz, Hämaturie und nachweisbarer Tumor. Man muß aber bei einem Verdacht mit allen Mitteln moderner Diagnostik versuchen zu einer sicheren Diagnose zu kommen und dann so rasch wie möglich und gründlich operieren.

Leschnew, N. F., u. D. E. Levant-Moskau: Zur Diagnostik und zum operativen Eingriff bei doppelseitigen Nierensteinen.

In wenigstens 25—30% finden sich doppelseitige Nierensteine. Sind im jugendlichen Alter die Nierenbeckensteine aseptisch oder schwach infiziert, soll man lieber nur einzeitig operieren. Die einzeitige Operation an beiden Nieren schädigt ihre Funktion nicht mehr als die zweizeitige. Liegt keine vitale Indikation vor, so soll man bei Steinen, die mit harnzersetzenden Bakterien infiziert sind, wegen der Rezidivgefahr besser nicht operieren; dasselbe gilt auch für nicht infizierte Phosphatsteine, da sie ebenfalls rasch rezidivieren. Man soll überhaupt nur operieren, wenn der ganze Organismus den Eingriff voraussichtlich gut verträgt. Im allgemeinen wird gerade für die doppelseitigen Nierensteine mehr Konservatismus empfohlen.

Frank, E. R. W.-Berlin: Bemerkungen zu der Arbeit von F. B. Rüder: „Ein neuer Zystoskophalter".

Verf. macht darauf aufmerksam, daß er schon im Jahre 1905 ein einfaches Stativ zum Halten für Zystoskope, Urethroskope und ähnliche Instrumente angegeben hat.

E. Langer-Berlin.

Archives of Dermatology and Syphilology

1929, Bd. 20, Nr. 6

Hopkins, R., O. Denney u. F. Johansen: Immunity of Certain Anatomic Regions from Lesions of Skin Leprosy (Das Freibleiben gewisser Körperstellen von Lepraerscheinungen). S. 767.

Die Untersuchungen 302 Leprakranker führte zu der Beobachtung, daß einige Körperstellen von der Lepra ganz verschont oder nur selten befallen werden. Das sind Stellen, die vor Sonnenlicht, Hitze, Kälte, Druck und Reibung am meisten geschützt sind, wie die Achselhöhlen, die hintere untere Ohrgegend, die orbitale Nasenseite, die inframamilläre Haut bei Frauen, die interdigitalen Hautstellen und die Leistengegend.

Kistiakovsky, E.: Erythrocyanosis Cutis Symmetrica; Angioneurosis Endocrinopathica Polyglandularis (Symmetrische Erythrozyanose der Haut; Endokrine polyglanduläre Angioneurose). S. 780.

Die symmetrische Erythrozyanose der Haut ist nicht als ein einheitliches Krankheitsbild aufzufassen. Sie ist nur ein Symptom verschiedener ätiologischer Faktoren, wie Infektionen (öfters Lues) mit Störungen der inneren Sekretion. Meist ist das Ovarium erkrankt, aber auch Thyreoidea und Hypophyse spielen eine große Rolle.

Lyle Kingery: Thymol and Cinnamon Oil in the Treatment of Ringworm of the Scalp (Thymol und Zinnamonöl bei der Pilzbehandlung der Kopfhaut). S. 797.

Verf. behandelte 12 Fälle von Mikrosporie des Kopfes mit 1%igem Thymol-Zinnamonöl, das in einer Guttaperchalösung 3mal täglich auf die Kopfhaut gebracht wurde. Bei Reizung wurde weniger häufig behandelt; 2mal wöchentlich wurde das kurzgeschnittene Haar tüchtig abgeseift. Nach 1 Woche bereits schwanden die Pilzherde, und neue Haare fingen zu wachsen an. Von den 12 Behandelten blieben 8 rezidivfrei innerhalb von 4 Monaten bis zu 1 Jahr; 3 sind nach schriftlicher Mitteilung der Eltern gesund geblieben. In einem Fall verlangte die Mutter trotz guter Wirkung des Thymolöls noch andere therapeutische Maßnahmen. In keinem Fall trat eine dauernde Alopezie ein.

Pack, G., u. F. Adair: Tertiary Syphilis of the Breast (Tertiäre Syphilis der Brust). S. 806.

Bericht über ein Gummi der Brustwarze, das einen Paget vortäuschte.

Frost, K., H. Sutherland-Campell u. O. Plunkett: Monilia of the Tongue (Moniliaaffektion der Zunge). S. 811.

Auf der Zunge eines 36jähr. Pat., die weißlichgraue Auflagerungen zeigte, wurde Moniliapilzinfektion festgestellt. Gleichzeitig bestanden Herde in den Achselhöhlen, im Gesicht und in den Kniekehlen, bei denen sich aber kein Pilz nachweisen ließ. Verf. faßt diese Herde als ein Moniliid auf.

Fox, H.: Yaws (Frambesia Tropica) as Observed in Haiti (Die tropische Framboësie in Haiti). S. 820.

Verf. beobachtete 200 Fälle von tropischer Framboësie. Im Gegensatz zur Syphilis

Digitized by Google

erfolgt die Infektion immer extragenital, weist das sekundäre Stadium keine Schleimhauterkrankungen auf und gibt es keine kongenitale Framboësie. Das tertiäre Stadium der Framboësie ist von Lues III nicht zu unterscheiden. Bei der Framboësie gibt es keine Tabes und Paralyse (wahrscheinlich spielt hierbei die Häufigkeit der Malaria in Haiti eine Rolle), wohl aber Fälle mit Aortenaneurysma. Die Framboësie spricht nicht auf Hg, aber auf Salvarsan und Bi an. Verf. bringt prachtvolle Abbildungen verschiedener Stadien der Framboësie.

Ketron, L., u. I. Brown: The Acne Bacillus (Der Aknebazillus). S. 835.

Der Aknebazillus, über den Verff. in einer früheren Arbeit berichteten, ist nach den Experimenten der Verff. nicht pathogen für Mäuse, Kaninchen und Meerschweinchen. Nach Injektion von lebenden und auch nach Injektion von abgetöteten Bazillen treten dieselben entzündlichen Abszesse von mehrmonatiger Dauer ein. Auch Staphylococcus albus macht dieselben Erscheinungen, wenn auch von kürzerer Dauer.

Ayres, S.: Gastric Secretion in Psoriasis, Eczema and Dermatitis Herpetiformis (Die Magensekretion bei Psoriasis, Ekzem und Dermatitis herpetiformis). S. 854.

Verf. untersuchte 19 Fälle von Psoriasis, 4 Fälle von Dermatitis herpetiformis und 11 Fälle von Ekzem. Eine verminderte Gesamtazidität und Fehlen von HCl fand Verf. bei Psoriasis in 52%, bei Dermatitis herpetiformis in 75%, und bei Ekzem in 72% der Fälle. Die therapeutische Verabfolgung von HCl brachte bei einigen Fällen ganz wesentliche, bei anderen gar keine Besserung des Hautleidens.

Mc Dermott, E.: The Quantitative Kahn Procedure with Standard and Sensitized Antigens (Die quantitative Kahn-Reaktion mit Standard- und sensibilisierten Antigenen). S. 860.

Verf. empfiehlt bei Syphilitikern, die behandelt sind, die quantitative Kahn-Reaktion mit sensibilisierten Antigenen zu machen. Zur Diagnose einer Syphilis sind die seltener auf Lues reagierenden Standardantigene zu verwenden.

Wise, F., u. F. Diasio: Carotinemia Associated with Diabetes (Karotinämie bei Diabetes). S. 862.

Bericht und ausgezeichnete Bilder über die gelbgrünliche Verfärbung von Stirn, Handflächen und Fußsohlen bei einer 27jähr. Diabetikerin. Nach Aussetzen der karotinhaltigen Gemüsediät Nachlassen der Verfärbung. L. Mühlpfordt-Allenstein.

The British Journal of Dermatology and Syphilis

Dezember 1929

Jadassohn-Breslau: Remarks on Tuberculin in Dermatology (Bemerkungen über Tuberkulin in der Dermatologie).

J. war von der englischen Gesellschaft für Dermatologie und Syphilis (zu ihrer 8. Versammlung, Oxford, Juli 1928) zu einem Vortrag eingeladen worden und wählte obiges Thema, nachdem er sich seit 1888 ständig mit diesem immer noch „etwas mystischen" Präparat beschäftigt hatte. Die Injektionen, die bei Beginn der Tuberkulinära gegeben wurden und die wir nun als sehr hohe Dosen ansehen, scheinen in die größte Wirkung zu haben und von allen Arten von Krankheiten die eigentlichen Tuberkulide relativ am besten beeinflußt zu werden. Immerhin muß man daran denken, daß die Tuberkulide oft von selbst heilen, speziell wenn der Pat. gut genährt und gepflegt wird. J. arbeitete meist mit dem alten Tuberkulin, hatte aber mit den anderen Präparaten keinen größeren Erfolg. In kurzen Umrissen beschreibt er die verschiedenen Methoden der diagnostischen Tuberkulinanwendung und glaubt, die Tuberkulinsalbe-Reaktion (Moro) mit 50%igem Tuberkulinlanolin oder Ektebin als die wichtigste bezeichnen zu müssen. Häufig wurde beobachtet, daß die Reaktion auf eine schwächere Dosis Tuberkulin eine stärkere als auf eine höhere Dosis ist, und daß die Intensität der Reaktionen je nach den Jahreszeiten verschieden ist, was auch in bezug auf unsere Kenntnis der Tuberkulide, die je nach den Jahreszeiten kommen und verschwinden, von Bedeutung ist. Sehr starke Tuberkulinreaktionen, selbst bei sehr niederen Konzentrationen, können oft die Diagnose erleichtern: sie werden speziell beobachtet bei den sogenannten skrofulösen Formen der Tuberkulose (Lupus, Lichen scrofulosorum, Tuberculosis colliquativa) und mehreren Arten von Tuberkuliden. Die Frage, ob jene Formen von Hauttuberkulose, welche nach unserer Erfahrung relativ gutartig sind, verschieden auf Tuberkulin reagieren wie die bösartigeren, ist nicht leicht zu beantworten; immer-

Digitized by Google

in steht fest, daß z. B. Lupus vulgaris (mit Ausnahme der miliaren Form), Erythema nduratum weniger leicht heilt wie Tuberculosis colliquativa und die eigentlichen Tuberulide. Auch die prognostische Bedeutung der Tuberkulinreaktion kann in manchen Fällen in Betracht kommen, muß aber mit großer Vorsicht gewertet werden, und zwar nicht als der einzig entscheidende Faktor, sondern in Zusammenhang mit anderen Erscheinungen des Falles.

Loewenthal, L. J. A.: A Case of Progressive Pigmentary Dermatosis (Schamberg) with Reference to the Blood Cholesterol and Epidermal Siderosis (Ein Fall von fortschreitender Hautpigmentierung (Schamberg) mit Beziehung auf das Blutcholesterol und epidermale Siderosis).

Der Fall betraf einen 83jähr. Mann, bei welchem vor 5 Jahren zum ersten Male braune Flecken am linken äußeren Knöchel auftraten und sich allmählich bis über das Knie ausbreiteten, und vor 3 Jahren ein ähnlicher Zustand vom rechten Knöchel aus seinen Ausgang nahm. Im Gegensatz zu Schamberg, der unter 4 von 5 Fällen den Cholesterolgehalt im Blut erhöht fand, war im vorliegenden Falle derselbe normal. Die histologische Untersuchung von Serienschnitten der Haut ergab die Anwesenheit freien Eisens in derselben (extrazelluläre im Korium und intrazelluläre in der Epidermis). Einzelheiten nur mittels der beigefügten (5) Zeichnungen verständlich.

Mumford: A Case of Monolateral Erythromelalgia of Apparently Hysterical Origin (Ein Fall von einseitiger Erythromelalgie augenscheinlich hysterischen Ursprungs).

Der Fall betraf eine 25jähr. sonst sehr gesunde Jüdin, die im Anschluß an eine leichte Verbrennung am Handgelenk diesen merkwürdigen Zustand von Steifheit, Röte und Verdickung an dem einen Arm akquirierte. Die Brandwunde kam innerhalb 14 Tagen zur Heilung, die Erythromelalgie hielt aber über 3 Monate an, indem sie morgens verschwunden war, mit verschiedenen Zwischenräumen unter Tags sich wieder einstellte und abends am meisten ausgeprägt war. Der Pat. wurde nun versichert, die Affektion sei heilbar und nichts Gefährliches: täglich zweimalige Massage (mit der anderen Hand von Pat. selbst vorgenommen) und innerlich Calc. lactic. beseitigten innerhalb 8 Tagen das Leiden; M. erklärt den Fall für besonders bemerkenswert, weil Erythromelalgie meist beiderseitig auftritt.

Januar 1930

Ramel, E.: Some Observations on the Causation of Erythema Exsudativum Multiforme (Hebra) (Einige Beobachtungen über die Ursache des Erythema exsudativum multiforme).

In 4 Fällen von typischem Erythema exsudativum multiforme gelang der Nachweis einer tuberkulösen Septikämie, ohne daß sonst tuberkulöse Erscheinungen vorhanden waren. Das Erythema exsudativum multiforme (Hebra) muß daher als nichtfollikulärer Typus tuberkulöser Hautmanifestation, und zwar hämatogenen Ursprungs, angesehen werden. Das tuberkulöse Virus, welches die Ursache des idiopathischen Erythema multiforme ist, erzeugt bei Überimpfung auf Meerschweinchen nur abgeschwächte Veränderungen; das Tier stirbt nicht spontan, sondern betätigt sich als Überträger der Mikroorganismen, und die sukzessive Weiterimpfung auf andere Tiere bringt allmähliche Verstärkung der Virulenz (in 2—4 Passagen). Erythema multiforme entwickelt sich in der Regel spontan; bis jetzt wurde diese Hautaffektion als idiopathisch bezeichnet. In manchen Fällen ist es entweder ein physikalisch-chemischer Faktor, Toxiinfektion usf., welche den Ausbruch der Eruption beschleunigen, z. B. im Fall von Erythema exsudativum multiforme auf Sonnenbrand (Erythema solare) folgend. R. ist also der Auffassung, daß diejenige, was früher als wirkliche Ursachen des Erythema exsudativum multiforme angesehen wurde, nur als indirekter Reiz anzusehen ist (Illustration eines Falles, einschließlich des mikroskopischen Befundes und Tuberkulinhautreaktion).

Muende, J.: Conjunctivitis as a Trichophytide Manifestation (Konjunktivitis als Erscheinung der Trichophytose).

Bei einem 10jähr. Knaben war eine tiefsitzende Trichophyteninfektion des behaarten Kopfes, ebenso kleinere umschriebene Herde am Nacken, in der rechten Achsel- und Leistengegend vorhanden. 16 Tage nach Röntgenbestrahlung (des Kopfes) entstanden allgemeine Trichophytose, welche Schafblattern ähnlich war, und eine akute Konjunktivitis; die letztere und die Allgemeineruption gingen allmählich innerhalb 14 Tagen zurück. 8 Tage nach Verschwinden der letzteren trat wieder eine Allgemeineruption auf, die mehr urtikariaähnlich war, aber ohne daß diesmal die Konjunktiva ergriffen war. Die Trichophytinreaktion war nun stark positiv, die Erscheinungen am Körper nehmen

Digitized by Google

die Charakteristika des Lichen trichophyticus an, und am behaarten Kopf entstand ein zweiter Infiltrationsherd mit Eiterbildung, welche eine Inzision notwendig machte. Mit weiterer Lokalbehandlung kamen sowohl Kopf- wie Körperaffektion zur Heilung. Trichophytie der Bindehaut möchte M. als außerordentliche Seltenheit bezeichnen, da er in der Literatur nur einen weiteren, als vollgültig anzusehenden Fall finden konnte. (Mit Abbildung.)

M. Stern-München.

The British Journal of Venereal Diseases

1929, Bd. 5, H. 4

Warthin, A. S.: A Silver-Starch Gelatine Method for the Demonstration of Spirochetes in Single Tissue Sections (Silber-Stärke-Gelatinemethode zur Spirochätendarstellung in einzelnen Gewebsschnitten). S. 255.

Während nach der Levaditi- und ähnlichen Methoden Gewebsblöcke mit Silber imprägniert werden mußte, haben Warthin und Starry schon 1920 eine Silberarmmethode angegeben, die jetzt vervollkommnet wurde. Sie macht es möglich, Einzelschnitte nach Vorbehandlung mit Salpetersäure mit Silber zu imprägnieren. Bisher wurde durch die verschiedenen Affinitäten des Gewebes eine verschieden starke Resorption des Silbers bedingt; durch die gleichmäßige Vorbehandlung mit Salpetersäure wird das ganze Gewebe auf den gleichen Aziditätsgrad gebracht, so daß es fast farblos bleibt. Dagegen nimmt die Spirochäte die Säure nicht an und bedingt als einzige Base im sauren Feld eine rapide Silberabsetzung um sich herum. Die Spirochäten sind um so besser zu entdecken, je spärlicher sie vorhanden sind. Es wird so in einem bisher nicht erreichten Prozentsatz die Darstellung der Spirochäten ermöglicht. Gerade im Myokard wie im Aortengewebe werden, wie Abbildungen zeigen, besonders schöne histologische Präparate erzielt.

A Review of Experimental Work in Syphilis and its Possible Bearing on Man. Diskussion (Experimentelle Arbeit über Syphilis und deren Geltung für den Menschen). S. 267.

Bei therapieresistenten Fällen wird empfohlen, Lebertran zu verabreichen, was zur Folge hatte, daß die gleiche antisyphilitische Behandlung anschlug. Lebertran wird für wirksamer gehalten als Jodkali. Ebenso wichtig ist die Entwöhnung von alkoholischen Getränken. Durch antiseptische Mittel oder prophylaktische Neosalvarsansprützen kann die Ausbildung eines Schankers verhindert werden, doch das Blut sich trotzdem spät positiv erweisen. Auch von Lysolspülungen bei Frauen wird das gleiche behauptet. Die ungenügende Anfangsbehandlung ist für das Individuum oft von Nachteil, für die Gesamtheit aber schon durch Unterdrückung des Schankers und der ansteckenden Anfangserscheinungen von großem hygienischen Wert.

Anschließend sprach L. Pearce über eigene und W. Browns über experimentelle Untersuchungen: Bei Kaninchen verläuft die Infektion mit Syphilis zwar meist chronisch, nicht zum Tode führend und von selbst abheilend; doch kann man aus den Drüsen noch immer, solange das Tier lebt, die Krankheit durch Implantation in den Hoden eines anderen Tieres übertragen. Zu allen Untersuchungen muß gleichlaufend eine große Zahl von Tieren verwandt werden, weil die individuellen Grade des Krankheitsverlaufs bei gleicher Infektion verschieden stark sind. Zuerst glaubte man beim Albino die starke Infektion zu erzielen, doch hat sich schließlich das gewöhnliche graubraune Kaninchen als das geeigneteste erwiesen. Bei jungen Tieren verläuft die Krankheit schlimmer als bei alten. Es ist ein Zusammenhang zwischen der Bestrahlungszeit der Sonne und der Krankheitsstärke zu beobachten: Frühling und Herbst sind für den Verlauf am ungünstigsten. Bei verdunkelten Versuchszimmern verläuft die Krankheit am schlimmsten, am schwächsten in solchen, wo ständig künstliche Beleuchtung brannte. Bei gleichzeitiger subkutaner Einimpfung von Pocken und intratestikulärer von Syphilis traten beide Krankheiten besonders schlimm auf. Dagegen verlief die Syphilis bei gleichzeitiger intratestikulärer Injektion von Syphilis- und Pockenemulsionen äußerst milde, wobei es zu einer starken Einschmelzung des Hodengewebes und wohl zugleich zu einer Schädigung der Spirochäten kommt. Von Erfahrungen an Menschen wird noch erwähnt, daß die Länge der Inkubation besonders mit der Abwehrkraft des Organismus zusammenhängt. So sah man sozusagen bei der gleichen Infektion beim Mann eine Inkubation von 11 Tagen bis zum Auftreten des P.A., bei der dazugehörigen Frau von 10—11 Wochen. Als bestes Prophylaktikum gegen den Ausbruch der Krankheit haben sich intravenöse Neosalvarsaninjektionen bewährt.

Digitized by Google

Osmond, T, E.: The Value of the Complement Fixation Test in Gonorrhoea (Der Wert der Komplementbindung bei der Gonorrhoe). S. 281.

Es sind 6000 Sera untersucht worden. Die Reaktion ist spezifisch und setzt gewöhnlich 3—4 Wochen nach der Infektion ein, sie verschwindet nach der Heilung allmählich meist im Verlauf von 5—6 Wochen. Das Positivbleiben der Reaktion ist kein sicheres Zeichen der mißlungenen Kur, doch pflegt, wenigstens im Verlauf eines Jahres, bei eingetretener Heilung die Reaktion wenn nicht negativ, so doch schwächer zu werden. Eine negative Reaktion hat nur in solchen Fällen Bedeutung, wo Komplikationen wie Arthritis oder Epididymitis bestehen, diese geben bei blennorrhoischer Ursache immer eine positive Reaktion. Die gewöhnlichen Vakzinedosen haben wenig Einfluß auf das Untersuchungsresultat mit Ausnahme von Eigenvakzinen.

Clinical Notas:

I. Oldershaw, H. Leslie: Outbreak of Gonorrhea in a Residential Boy's School (Ausbruch von Gonorrhoe in einem Knabeninternat). S. 302.

In einem völlig abgeschlossenen Internat ohne weibliche Bediente kam es plötzlich bei 11 Schülern zum Ausbruch von Tripper. Bei einem wurde eine Prostatablennorrhoe festgestellt, bei allen anderen bestand nur eine Blennorrhoe der vorderen Harnröhre. Bei vier von diesen fand sich jedoch eine Rektalblennorrhoe mit spitzen Kondylomen. Der Leiter der Schule erklärte, daß Päderastie in solchen Instituten nie auszuschließen sei. Auffallend war, daß die erkrankten Schüler geistig wie körperlich ihre Kameraden überragten und sozusagen zur Elite der Schule gehörten.

II. Critchley, Michael, A.: A Case of Acquired Syphilis with Interstitial Keratitis (Ein Fall von erworbener Syphilis mit interstitieller Keratitis). S. 304.

Bei einem 24jähr. Mann, in dessen Familie nichts von Syphilis bekannt war, kommt es zu einem Primäraffekt und Sekundärerscheinungen. Zu Beginn der spezifischen Behandlung tritt eine interstitielle Keratitis des linken Auges auf. Auffallend war, daß er schon früher wegen Hornhautherpes an diesem Auge in Behandlung gewesen war.

III. Critchley, Michael, A.: A Case of Malignant Syphilis (Ein Fall von maligner Syphilis). S. 305.

Ein 31jähr. Mann mit positiver WR erkrankt an einem Geschwür des weichen Gaumens, das trotz spezifischer Behandlung sich ausdehnt und unter Streptokokkensepsis zum Tode führt. Die Sektion ergab außerdem eine syphilitische Aortitis.

F. Rosenthal-Berlin.

Mitteilungen aus der Literatur

Zirkulationsstörungen und Hämorrhagien

Marcus, M.-Berlin: Die praktische Anwendung der Verödungstherapie der Krampfadern. (Chir. Abt. d. Städt. Krankenhauses Moabit.) Ther. Gegenw., Dezember 1929, Jahrg. 70.

Empfehlung der Kalorose, die als Varikokalorose im Handel ist. Technik: Bei kleineren Varizen im Stehen, bei größeren am liegenden Patienten Einstich, dann wie üblich Erheben des Beines und Abbinden handbreit ober- und unterhalb; einige Minuten Einwirkung. Keine Nebenwirkung, da auch gelegentliche paravenöse Injektion keine Schmerzen verursacht. Bei leichter Phlebitis Schonung des Beines und feuchte Umschläge. Einige beschriebene tödliche Embolien fallen nicht ins Gewicht, müssen analysiert und eventuell Fehler bloßgelegt werden. Gegenindikation: Varizen bei Schwangeren und Diabetikern. Erfolge: meist gut. Dauer der Behandlung und Zahl der Injektionen individuell sehr verschieden. Rezidive bisweilen durch Rekanalisierung oder Kollaterale. Fr. Ortmann-Magdeburg.

Herzberg, E.-Charlottenburg: Zur Vereinfachung der Injektionstherapie bei Krampfadern. D. m. W., 1929. Nr. 51. S. 2241.

Verf. hat eine Doppelstaubinde konstruiert, die es ermöglicht, die Injektionstherapie bei Krampfadern ohne Assistenz auszuführen. Ferner empfiehlt er die Anwendung einer leicht gebogenen Troikartnadel mit Konus, die nach Entfernung des Troikard die gegenüberliegende Venenwand nach Entleerung des Blutes nicht verletzen kann und auf jede Rekordspritze paßt. F. Harry-Wiesbaden.

Digitized by Google

Colt, G. H.: Pain as a Guiding Symptom in the Injektion Treatment of Varicose Veins (Der Schmerz als leitendes Symptom bei der Injektionsbehandlung von Varizen). Brit. m. J., 1929, Nr. 3592. S. 848.

Abgesehen von dem Schmerz, der bei der Injektion von Salizyllösungen sofort entsteht, wenn die Lösung nicht völlig in der Vene verbleibt, stellt sich ein im Laufe von 2—3 Minuten wieder vergehender Schmerz ein, der bei akkurater Lokalisierung einen Fingerzeig gibt für den Grad der Verteilung der Lösung in der Vene und somit eine Indikation, ob eine Förderung oder Hemmung des Blutstromes angezeigt ist. Ähnliche Verhältnisse liegen bei der Bolusmethode vor, bei der man am besten am unteren Drittel des Unterschenkels einspritzt und die Masse nach aufwärts sich ausbreiten läßt. Gelangt dieselbe nicht prompt bis an den Oberschenkel, so kann durch tiefe Exspirationen eine ansaugende Wirkung ausgeübt werden, wie andererseits bei den an hoher Stelle gegebenen Injektionen einige Hustenstöße gelegentlich gute Dienste leisten, um die Lösung auf die Nebenäste zu verteilen. In 3 Fällen hat C. trotz vorhergegangener Phlegmasia alba dolens, nachdem er eine Wiederherstellung der Zirkulation (durch günstige Wirkung eines Unnaschen Leimverbandes) annehmen konnte, die oberflächlichen Varizen erfolgreich sklerosiert. Statt der ursprünglich verwendeten 20%igen Salizyllösung (in 10%iger NaCl-Lösung) ist Verf. allmählich zu 30%igen und sogar 40%igen Lösungen übergegangen. Er läßt die Patienten nach der Einspritzung 14 Tage eine leicht komprimierende elastische Binde Tag und Nacht tragen. Bei 150 Fällen seiner Beobachtung waren die Resultate sehr befriedigend. A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Mattissohn-Berlin: Behandlung von Unterschenkelgeschwüren mit Philoninsalbe. (Geschlechtskrankenfürsorge.) D. m. W., 1930. Nr. 2, S. 51.

Bericht über 8 mit gutem Erfolg behandelte Fälle von Ulcus cruris. Auch bei Ulcera mollia, operierten Bubonen, impetiginösen Erkrankungen, Dekubitalgeschwüren und ulzerösen Prozessen tuberkulöser Natur hat sich Philoninsalbe (Chem. Fabrik Promonta) als brauchbar erwiesen. F. Harry-Wiesbaden.

Urtikaria und Erytheme

Urbach, E., u. P. Fasal-Wien: Mechanische Späturtikaria. Ein weiterer Beitrag zur physikalischen Allergie der Haut. (Kl. f. Syphilidologie.) Kl. W., 1929, Nr. 51, S. 2368.

Eingehende Beschreibung eines Falles, bei dem es nicht wie sonst nach Minuten, sondern erst mehrere Stunden nach Einwirkung mechanischer Reize zur lokalen urtikariellen Hauptreaktion kam. Auch andere Reize, wie Hitze, ultraviolette Strahlen usw., wirkten in der gleichen Richtung. Als Ursache für diese Urtikaria betrachten die Autoren auf Grund ihrer Untersuchungen einen lokal unter dem Reiz gebildeten Stoff, der keinen Histamincharakter hat und der direkt an den Gefäßzellen, nicht an den Gefäßnerven angreift. Ephetonin und Ergotamin bewirkten für die Dauer ihrer Anwendung deutliche Besserung. Übertragungsversuche und Widalsche Krise negativ. Frei-Berlin.

Wheeler, F. F.: Asthma and Urticaria (Asthma und Urtikaria). Brit. m. J., 1929, Nr. 3591, S. 806.

Eine Wechselbeziehung zwischen diesen beiden Affektionen nimmt Verf. bei einer sonst gesunden 84jähr. Dame, welche ohne Vorboten an einem asthmatischen Anfall erkrankte und während desselben einen recht intensiven, aber (nach Abwaschung mit 1%iger Karbollösung) nur kurzdauernden urtikariellen Ausschlag am Rumpf in größerer Ausdehnung darbot. A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Keevil, J. J.: Urticaria with Asthmatic Symptoms (Urtikaria mit asthmatischen Erscheinungen). Brit. m. J., 1930, Nr. 3602, S. 112.

Bericht über einen 26jährigen Mann, sonst gesund mit Ausnahme von Obstipation, plötzlich erkrankt mit intensivstem Urtikariaausschlag, schweren asthmatischen Erscheinungen. Zyanose, Kollaps. Nach Injektion von Adrenalin und oraler Gabe von Kalziumlaktat völlige Genesung. A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Prurigo und Pruritus

Rothman, St.-Budapest: Entstehen und Beeinflußbarkeit des Juckens der kranken Haut. Verhandlg. d. ungar. ärztl. Ges., 1929, Nr. 17, S. 251.

Jucken wird immer durch äußere Reize ausgelöst, die Hautveränderungen

Digitized by Google

steigern nur den Juckreiz. Deshalb spielen in der Lokalbehandlung jene Verfahren die Hauptrolle, mit denen wir äußere Reize fernhalten. Nach physiologischen Untersuchungen des Sinnesorganes wird das Juckgefühl von den Nervenendapparaten des Schmerzsinnes vermittelt. Den gesteigerten Juckreiz verursachen Hypersensibilitätsreaktionen. Experimentelle Ergebnisse bezeugen, daß nicht nur Urtikaria, Ekzem, Prurigo, sondern auch die im Anschluß an Stoffwechselstörungen auftretenden Pruritus Folgen von Hypersensibilitätsreaktionen sind. Die Behandlung ist im Wesen immer eine antianaphylaktische, wenn es nicht gelingt, das körperfremde Antigen zu eliminieren. M. Kazarowa-T. Pasardschik.

Sack, W. Th.-Baden-Baden: Zur Kasuistik und Problematik psychogener Dermatosen. Sonderabdruck aus „Der Nervenarzt", 1929, H. 2.

Aus seiner über 7jähr. Beschäftigung mit der Psychogenese von Hautkrankheiten gibt Verf. 11 sehr instruktive Krankengeschichten. Es handelt sich teils um rein psychogene pruriginöse Zustände, teils um Beispiele, „wie ekzematische Veränderungen als Reaktionen auf psychisch bedingtes Jucken und Kratzen entstehen oder wo konstitutionelles Ekzem in einen neurotischen Mechanismus eingebaut und darin verwertet wird," teils um Dermatosen, die ohne Zweifel in zwingender Abhängigkeit von emotionellen Reizen auftraten. Keineswegs kann behauptet werden, daß jeder Pruritus, jede Urtikaria, jedes Ekzem als Neurose der Haut aufzufassen ist, aber einer intensiven Beschäftigung mit den vom Verf. vertretenen Gedankengängen wird sich niemand verschließen dürfen. H. Th. Hinrichs-Halberstadt.

Thermische und traumatische Hautschädigungen.

Lloyd-Williams, I. H.: Bony Plaques Developing in the Skin (Entwicklung von knöchernen Plättchen in der Haut). Brit. m. J.. 1929, Nr. 3596, S. 1055.

Bei einer älteren Frau, die im Jahre 1894 eine schwere ausgedehnte Verbrennung im Bereiche des Ellenbogens erlitten hat, beobachtete Verf. die Ausstoßung eines etwa $2\frac{1}{2}$ mal $1\frac{1}{4}$ mal $\frac{1}{6}$ cm großen Knochenplättchens im Laufe etwa eines Jahres unter geringfügiger Eiterung. Die chemische Untersuchung ergab sklerosierte Knochenmasse mit reichlicher Ablagerung von Kalzium und von Magnesiumphosphat. Ähnliche Plättchen sind noch in der Haut tastbar und röntgenologisch nachweisbar. Der Humerus läßt nichts Abnormes erkennen. Ein ähnliches Plättchen soll vor 3 Jahren schon ausgestoßen worden sein. A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Lewy-Hirsch, J.-Berlin: Dermatitis mit ungewöhnlicher Ursache. D. m. W., 1929, Nr. 48, S. 2011.

Die Hauterkrankung wurde durch ständige Funkenentladungen hervorgerufen. Pat. trug ein Oberkleid aus dünner, weicher Wolle und ein Unterkleid aus grobkörniger Seide. Beim Entkleiden der Pat. fiel Verf. ein deutliches Knistern, verbunden mit Funkenentladung und dem dafür charakteristischen Geruch auf. Die gleichen Erscheinungen zeigten sich, wenn beide Gewebsarten außerhalb des Körpers gegeneinander mit leichter Reibung verschoben wurden. Die Dermatitis schwand in kurzer Zeit, seitdem Pat. die beiden Kleidungsstücke nicht mehr zusammen trug.
F. Harry-Wiesbaden.

Impetigo, Pyodermie, Diphtherie

Rulison, E. T.: Control of Impetigo Neonatorum: Advisability of a Radical Departure in Obstetric Care (Bekämpfung der Impetigo neonatorum. Vorschlag einer radikalen Umwälzung in der geburtshilflichen Pflege). J. Am. m. Ass., Bd. 93, Nr. 12, 1903.

Das Auftreten von Impetigo und anderen infektiösen Hautkrankheiten in den geburtshilflichen Abteilungen veranlaßte Rulison, das System der Säuglingspflege in diesen Anstalten zu reformieren. Der beste Schutz gegen epidemische Infektionen der Neugeborenen in geburtshilflichen Abteilungen sind kleine Säuglingsabteilungen mit nur begrenzten Säuglingseinheiten, wobei die Pflegerinnen für eine beschränkte Zahl von Müttern mit ihren Säuglingen verantwortlich sind. Die gleichzeitige Pflege der Mutter und ihres Säuglings führt zu einem Vertrauensverhältnis zwischen Mutter und Pflegerin und gibt der Pflegerin am besten Gelegenheit, den beiden ihren anvertrauten Aufgaben gerecht zu werden. F. Juliusberg-Braunschweig.

Digitized by Google

Gougerot: Pyodermite végétante buccale simulant le cancer (Karzinomähnliche vegetierende Pyodermie des Mundes). Presse méd., 1929, Nr. 92, S. 1503.

Es handelt sich um eine 51jähr. Pat. mit seit etwa 2 Monaten bestehenden schmerzhaften papulösen Veränderungen (mehreren konfluierenden Herden) auf der rechten Wangenschleimhaut. Nach differentialdiagnostischen Erörterungen (Karzinom, Tuberkulose, Mykose, Lues, Pemphigus, Leishmaniose) entscheidet sich Verf. für eine vegetierende Pyodermie. Der Erfolg einer lokal antiseptischen Behandlung und der Mißerfolg einer vorhergegangenen Salvarsankur gaben ihm recht. Verf. gibt einen Überblick über die wichtigsten Veröffentlichungen und sondert 3 Typen aus: Hallopeau, Azua, Gougerot. Ausführliche Schilderung der einzelnen Krankheitsbilder. H. Th. Hinrichs-Halberstadt.

Ekzem, Rosazea

Zink, J.: Epidermale Reizproben am Hautgesunden und -kranken mit nahezu ärztlichen Medikamenten. Diss., Erlangen 1929.

An 53 Personen wurde 367mal die Jadassohnsche Methode der funktionellen Hautprüfung ausgeführt und lieferte in etwas mehr als der Hälfte positive Reaktionswort. Jodtinktur ergab die stärksten Resultate, etwas geringere Jod-Akonitinktur. Mäßige Reizwirkung hatte Metajodin sowie Jothion. Völlig reizlos war Dijozol. Mit der Phenolreihe lieferten in Verdünnung von 1—3:100 wenig positive Resultate, bloß Kampfer-Chlorphenol reizte. Karbolsäure ergab jedesmal, Trikresolformal 3mal starke Reizung. Chlorphenol unverdünnt ergab bloß 1 positives Ergebnis, weil wegen seiner öligen Beschaffenheit. Arsenpaste zeigte, wenn Verdünnung 1:30 überschritten wurde, leichte Schädigung. M. Kazarowa-T. Pasardschik.

Sabouraud, R.: Sur les névrodermites et leur traitement (Die Neurodermitis und ihre Behandlung). Presse méd., 1929, Nr. 95, S. 1541.

Die Neurodermitis (= „Lichen circonscrit" der älteren französischen Schule) wird vor allem bei psychisch Deprimierten beobachtet, was ihre Bezeichnung einigermaßen rechtfertigt. Entgegen der allgemeinen These, daß sich die Neurodermitis nur ekzematisiere, ist hervorzuheben, daß bei der typischen Lokalisation an der Nackenhaargrenze es häufig zur Bildung impetiginöser Krusten kommt; in diesen findet sich kulturell der Streptokokkus der Impetigo. Daß es sich hier nicht um zufällige Superinfektionen handelt, lehrt die Untersuchung von Geschabseln von der Oberfläche neurodermitischer Plaques. Dem Mikroorganismus könnte somit ätiologische Bedeutung zukommen. Für diese Hypothese läßt sich auch das günstige Ansprechen der Neurodermitis auf rein lokale Impetigotherapie anführen. Tägliche Pinselung mit 1%iger Jodtinktur, Behandlung mit 10%iger Teerzinksalbe führt allein bei genügender Ausdauer zum Erfolg, bei vorzeitiger Unterbrechung zum sicheren Rezidiv. Die Heilung erfordert mehrere Wochen bis Monate. Röntgentherapie führt oft zu prompten Beeinflussung der Akanthose. Daneben kann durch individuell variierte Allgemeinbehandlung die Therapie unterstützt werden. E. Fischer-Prag.

Carle: L'intertrigo d'autrefois et d'aujourd'hui (Intertrigo einst und jetzt). Progr. méd., 1929, Nr. 44. S. 1816.

Die früher den Ekzemen zugerechneten intertriginösen Erscheinungen sind jetzt als mikrobiell erkannt worden, doch gelingt es noch nicht, bestimmte, den einzelnen Keimen entsprechende Formen aufzustellen. Im allgemeinen kann man trockene pityriasiforme, gut umschriebene und häufiger diffuse, stärker gerötete, infiltrierte nässende Formen mit Fissuren, ekzematösen, impetiginösen, follikulären Erscheinungen unterscheiden. Bei den ersteren Pinselungen mit Jodalkohol, bei stärkerer Infiltration Salben mit Salizylsäure und Chrysarobin, am besten mit einer Kombination von Teer, Schwefel, Perubalsam, Kampfer. Bei den stärker entzündlichen nässenden Formen muß der Jodbehandlung Austrocknung mit feuchten adstringierenden Umschlägen vorausgehen. E. Levin-Berlin.

Ganzoni, M.-Winterthur: Das Ekzem als Arbeitsschädigung und seine rechtliche Stellung in der Versicherung. Schweiz. m. W., 1929, Nr. 47. S. 1169.

Das Ekzem wird jetzt als ein mit der Idiosynkrasie und Anaphylaxie verwandter oder identischer Prozeß aufgefaßt, wobei es sich um Reaktionen zwischen immunbiologischem Antigen und darauf abgestimmter Zelle handelt. Die Reihe der Ekzem auslösenden Reize ist unendlich groß, Nicht-Ekzematiker sind z. T. latente Ekzematiker, d. h., sie sind bisher mit der provozierenden Substanz nicht in Berührung gekommen. Diese empfindlichen Normalen stellen das Hauptkontingent der spät-

Digitized by Google

kzematiker. Andererseits erhöht das Überstehen eines Ekzems die Empfindlichkeit, daß bisher monovalent Empfindliche polyvalent werden. Die Feststellung des Antins ist oft sehr schwer oder gar nicht möglich. Die Berührung mit Antigenen ist vielen Berufen gegeben, so in der Lebensmittelindustrie (Krätze der Bäcker, ckerbäcker, Gewürzkrämer, Konservenindustrie), Bekleidungsindustrie (Gerbereien, huhmacher, Ausrüstungs-, Färberei-, Appreturprozesse, Kunstseidefabrikation), ugewerbe (Maurerekzeme durch Zement, Weißkalkverätzungen mit nachfolgenden zemen, Malerekzeme, Ekzeme bei Spenglern, Galvaniseuren, Schreinern), Mainenindustrie (Schmieröl, viele sonstige Substanzen), Chemikalien verwendende lustrien und Gewerbe (chemische Industrie, Pharmazeutik, Ärzte, Apotheker, otographen, Typographen), Landwirtschaft, Gärtnerei (pflanzliche Antigene, Düngettel, besonders Kalziumzyanamid), Haushaltung (Soda, Salzsäure, Wasser, Seife). mit ein Ekzem als Berufskrankheit aufgefaßt werden kann, muß es primär an rperstellen lokalisiert sein, an denen die Berührung mit dem Antigen bei der Arbeit ttfand; doch kann es sich in gewissen Fällen auch um eine primär generalisiert ftretende Erkrankung handeln. In der Schweiz ist bereits 1877 die Berufskrankheit n Betriebsunfall gleichgestellt; 1918 wurde eine Liste der Stoffe aufgestellt, deren sprechende Einwirkung zur Berufskrankheit führen kann. Durch eine spätere Eriterung können jedoch auch durch andere Substanzen Geschädigte von der Verherungsanstalt entschädigt werden, wenn die Beschädigung mit Sicherheit auf die beit zurückzuführen ist. Die Freiwilligkeit der Leistung soll einen günstigen Einß auf die schnelle Heilung der Ekzeme ausgeübt haben, die ja zum großen Teil n dem Verhalten des Erkrankten abhängig ist. Es wäre richtiger anstatt von einer ste der schädigenden Stoffe von einer solchen der Berufskrankheiten auszugehen. r z. Zt. in der Schweiz bestehende Schutz ist ein genügender; mit einer weitenderen gesetzlichen Entschädigung der Berufskrankheiten wäre die Einführung er Anzeigepflicht zu verbinden. E. Levin-Berlin.

Gaté, J., J. Dechaume, P. Croizat u. P. Michel: Contribution à la pathogénie la mort rapide chez les nourrissons eczémateux (Beitrag zur Pathogenese des tzlichen Todes bei ekzematösen Säuglingen). Compt. rend. Soc. Biol., Bd. 107, Nr. 33, 777.

Ein 6½ Monate altes ekzematöses Kind starb plötzlich, nachdem unmittelbar her Respirationsstörungen aufgetreten waren, ohne daß eine Lungenaffektion oder ites Ödem nachweisbar gewesen wäre. Bei der histologischen Untersuchung zeigten h sämtliche inneren Organe unverändert; nur am Nervensystem perivaskuläre Blugen und leukozytäre Thromben, d. h. Erscheinungen, die als pathognomonisch für d durch Chok betrachtet werden, so daß man diese plötzlichen Todesfälle durch aphylaktischen Chok erklären kann. E. Levin-Berlin.

Erythrodermien, Dermatitis exfoliativa, Pityriasis

Hirsch, Ch.-Berlin: Über Erythrodermien im frühen Säuglingsalter. (Waisenus der Stadt Berlin.) D. m. W., 1929, Nr. 46, S. 1924.

Das typische Krankheitsbild entwickelt sich folgendermaßen: Anfangs besteht r eine leichte Intertrigo der Gesäßgegend, die an Ausdehnung und Intensität zuimt und schließlich Gesäß, Genitalgegend, Beine, den Rücken bis zum Kreuzn, den Leib bis zum Nabel in eine hochrote, heiße, gedunsene, sehr schmerzhafte iche umwandelt. Von dieser Intertrigo gehen nach oben und unten krankhafte ränderungen der übrigen Haut aus; es bilden sich kleine, später linsen- bis fünfnigstückgroße gerötete Scheiben aus, die sich mit Schuppen bedecken. Die Erankung befällt auch den behaarten Kopf, die Augenbrauengegend und übrigen rperfalten. Die Wangen sind rauh und gerötet, hinter den Ohren bilden sich Rhalen. Die Heilung setzt vor und nach dem 3. Monat sehr rasch ein; Sekundärinfekn wird nie beobachtet. Ätiologie unbekannt. Gewichtszunahme fördert die Heilung. rgänge zu Erythrodermia desquamativa kommen vor. Die Frühdermatosen stehen keiner Beziehung zum Ekzem und zur exsudativen Diathese.

F. Harry-Wiesbaden.

Bullöse Dermatosen

Lujan, M., u. E. Nauck-San José (Costa Rica): Ein Fall von Epidermolysis losa aus Costa Rica. Arch. f. Schiffs- u. Trop.-Hyg., Bd. 33, H. 12, S. 654.

Es handelt sich möglicherweise um den ersten bisher veröffentlichten Fall aus

Digitized by Google

ganz Mittelamerika. Vater gesund. Mutter und eine Tochter hatten vorübergehend Blasen an den Händen. Die Kranke ist ein 1½ Jahre altes Mädchen, bei dem schon 4 Tage nach der Geburt die ersten Blasen auftraten. Es finden sich zahlreiche, prall gespannte Blasen mit wässerigem oder blutigem Inhalt; Gesicht und Mundschleimhaut sind verschont. Durch mechanischen Reiz gelingt es leicht, eine Blase zu erzeugen. Ruge-Kiel.

Bagdatowa-Jonkowa, E.: Pemphigus vulgaris im Kindesalter. Diss., München 1929.

Während der Pemphigus vulgaris haemorrhagicus bei Erwachsenen sehr selten vorkommt, ist er bei Kindern häufig. Ebenso kommt es bei Kindern nach Abheilung der Blasen öfters zur Narbenbildung. Die Schleimhäute sind bei Kindern viel seltener befallen. Der kindliche Pemphigus neigt zu zirzinärem Fortschreiten. Allgemeinerscheinungen stehen nicht in dem Maße im Vordergrunde wie bei Erwachsenen. Die Prognose der Krankheit bei Kindern ist viel besser, so daß man von einem Pemphigus benignus sprechen kann. M. Kazarowa-T. Pasardschik.

Follikulitis, Furunkel, Akne

Oloffs, P.: Der Gesichtsfurunkel, seine Bedeutung und Therapie. Diss., Greifswald 1928.

Die Arbeit resümiert den Standpunkt der Greifswalder chirurgischen Klinik und berichtet über 158 Fälle. Lokalisation: Stirn 9, Lider 3, Schläfe 8, Wange 2, Nase 19, Oberlippe 56, Unterlippe 18, Kinn 13. Davon starben 9 = 5,7%, nämlich Stirn 1, Nase 5, Oberlippe 1, Unterlippe 2. Nach Schwere des Zustandes eingeteilt: maligne Fälle 14, Übergangsfälle 24, leichte 120. Man ersieht die auffallende Beteiligung der Gesichtsmitte, besonders der Nase. 101 Fälle wurden chirurgisch behandelt, 53 konservativ, 1 Fall nach Laewen, 3 mit letaler Prognose blieben unbehandelt. Jeder Gesichtsfurunkel, der nicht zirkumskript bleibt, gehört ins Krankenhaus. Ruhigstellung der Gesichtsmuskulatur, Sprech- und Kauverbot, flüssige Kost, Bettruhe führen in leichten und mittelschweren Fällen zum Ziel, mit besserem kosmetischem Resultat als chirurgische Therapie. Zeigt der Furunkel von vornherein Progredienz, dann sofortige Inzision und Exzision ohne Wundhaken, um jeden Druck zu vermeiden, gegebenenfalls mit Unterbrechung der venösen Gefäße.
M. Kazarowa-T. Pasardschik.

Otto, E.-Remscheid: Die Röntgenbehandlung oberflächlicher Entzündungen. D. m. W., 1929, Nr. 47, S. 1968.

Die Methode der Wahl bei Behandlung des Karbunkels ist die Röntgenbestrahlung (350 R, 3 mm Al). Das gleiche gilt für die Therapie der Schweißdrüsenabscesse, der lokalisierten Furunkulosen und rezidivierenden Hordeolen. Bei ersteren Erkrankungen gibt man 350 R, bei 3 mm Al in einer Sitzung, bei Hordeolen 3 Bestrahlungen, je 75 R ohne Filter in 8tägigen Intervallen.
F. Harry-Wiesbaden.

Jodis: Zur Frage der Behandlung der karbunkelartigen Pustula maligna. Wratschebnoje Delo, 1929, Nr. 20.

An der Klinik für Infektionskrankheiten an der II. Moskauer Universität wurden 9 Fälle von Pustula maligna, darunter 5 mit schwerem Verlauf, beobachtet. Die Diagnose wurde kulturell gesichert. Die Behandlung bestand in subkutanen Injektionen von Yatren-Kasein. Die Injektionen wurden in den 5 schweren Fällen täglich, in 2 weiteren Fällen während der akuten Periode täglich, später über einen Tag und endlich in den zwei letzten Fällen nur über einen Tag vorgenommen. Die Resultate der Behandlung waren gut. A. Jordan-Moskau.

Tropische Krankheiten

Praetorius, G.-Hannover: Besteht eine Bilharziagefahr für Deutschland? (Urol. Abt. d. Städt. Krkhs. Siloah.) M. m. W., 1929, Nr. 49, S. 2055.

Von verschiedenen Seiten ist der Befürchtung Ausdruck gegeben worden, daß die während des Weltkrieges nach Europa verschleppten Bilharziaerkrankungen größere Epidemien oder Endemien auch in Deutschland verursachen könnten. Verfasser lehnt diese Befürchtung ab. Die strengen Winter in Deutschland bringen sämtliche in Gewässern und Tümpeln sich etwa aufhaltenden Zerkarien des Schistosoma Des-

Digitized by Google

um) haematobium zur Abtötung, außerdem fehlen in Deutschland geeignete wischenwirte für den Parasiten, wie die Untersuchungen P.s ergeben haben.
Sprafke-Chemnitz.

Kyriasides, K. N.: Die in Griechenland bei Madurafuß (Mycetoma pedis) gendenen Pilzarten. Arch. f. Schiffs- u. Trop.-Krkh., Bd. 33, H. 12, S. 656.

Von 8 bisher in Griechenland beobachteten Fällen von Madurafuß wurden die rreger 5mal als Streptothrix Madura-Vincent und 3mal als Indiella Renyerrumpt bestimmt. In 5 bzw. 1 Fall wurden die Pilze durch Kultur erhalten. In n beiden Fällen von Indiella wurde die Pilzart 2mal histologisch ermittelt.
Ruge-Kiel.

Evans, N., u. A. Ball-Los Angeles: Coccidiodal granuloma: Analysis of Fifty ases (Granuloma coccidioides. Analyse von 50 Fällen). J. Am. m. Ass., Bd. 93, Nr. 24, 1881.

Bericht über 50 Fälle von Granuloma coccidioides mit besonderer Berücksichgung der klinischen Erscheinungen und des Sektionsbefundes. Bei 28 Fällen entand zuerst ein primärer Herd, meist in Form einer subkutanen Schwellung ohne eränderung an der Haut; 14 Patienten hatten zwei oder mehr primäre Krankheitserde. Bei 56 Fällen wurde die Diagnose bei Beginn im Ausstrich oder durch die ultur gestellt. Man kann drei klinische Haupttypen unterscheiden: 1. Fälle mit hwerer Lungenaussaat; der Prozeß ist ausgesprochen pulmonär; Exitus, bevor sich ele und ausgedehnte Veränderungen entwickelt haben. 2. Fälle mit mäßiger ungenaussaat, die längere Zeit Lungenerscheinungen haben, die nicht beachtet erden, die zu multiplen Veränderungen und auf dem Blutwege zur Aussaat in der unge in miliarer Form führen; durchschnittliche Dauer 9 Monate. 3. Fälle mit sehr ichter Lungenaussaat, welche zu ein bis zwei Herden im Körper führen. Der Körper agiert mit Heilung oder die Krankheit wird chronisch und kann Jahre dauern. inweis auf die Wichtigkeit der Röntgenuntersuchung bei Granuloma coccidioides.
Fr. Juliusberg-Braunschweig.

Hauterscheinungen bei Erkrankungen innerer Organe und endokrinen Störungen

Richter, W.-Berlin: Die Behandlung der rheumatischen Erkrankungen. VII.: ber Beziehungen zwischen Haut- und Gelenkerkrankungen. (Chir. Univ.-Kl. u. oliki.) Fortschr. Ther., Jahrg. 5, H. 23, S. 753.

Es finden sich bei Rheumatismus nodosus, Erythema exsudat. multif., Erythema odosum, Toxikodermien, Urtikaria, Purpura, Erythromelalgie, Erysipeloid und Sklerdem Buschke häufig akute Gelenkbeschwerden, die dem Verlauf der Hautprozesse nform gehen. Röntgenologisch bis auf vereinzelte Kapselprozesse wenig Charakteistisches. Wichtig ist es, eine bei Urtikaria, Purpura und Toxikodermie gelegentlich ftretende schwere Infektarthritis nicht zu übersehen, die sich im Röntgenbilde durch uffaserung des Gelenkknorpels unter Mitbeteiligung der anliegenden Knochenteile anifestiert.
W. Gurth-Berlin.

Pineles, F.: Über die endokrinen Beziehungen der Akrozyanose. Endokrinol., d. 5, S. 227.

Von der Beobachtung ausgehend, daß Erscheinungen der Akrozyanose meist sammen mit Syndromen, die auf Störung der Keimdrüsentätigkeit deuten, vorommen, verabreichte Verf. Ovarialpräparate allein oder mit Hypophysenpräparaten ombiniert. Letzteres bewährte sich am besten. M. Unna-Hamburg-Bergedorf.

Haut- und Stoffwechsel

Somerford, A. R.: Glucose Intolerance in Various Dermatoses (Glukosetoleranz bei verschiedenen Dermatosen). Lancet, 1929, Nr. 5544. S. 1140.

Die Untersuchungen des Blutzuckerspiegels bei einigen Dermatosen, die vor erabreichung von 50 g Glukose und ¾ Stunde und 1½ Stunden danach vorgenomen wurden, ergaben eine nennenswerte Erhöhung der Kurve des Blutzuckerspiegels i der Lichengruppe, beim Pruritus simplex und den juckenden Formen des Ekzems.
P. Seier-Heidelberg.

Hülse, W.-Halle: Zur Frage des histochemischen Eisennachweises in der aut beim Ikterus. (Med. Kl. d. Univ.) D. m. W., 1929, Nr. 47, S. 1967.

Nur bei Ikterus mit positiver Ferrizyankalireaktion läßt sich Fe auch histo-

Digitized by Google

chemisch nach der Methode von Tirmann und Schmelzer in der Modifikation von Hueck nachweisen, nicht dagegen bei anderen Ikterusformen. Neben Ferrieisen kommt auch zu einem gewissen Teil Ferroeisen vor. F. Harry-Wiesbaden.

Richter, W.-Berlin: Über xanthomatöse Veränderungen der Haut. (Chir. Univ.-Kl.) M. m. W., 1929, Nr. 52, S. 2163.

Verf. beschreibt einen Fall von Xanthoma tuberosum mit gleichzeitig bestehenden Xanthelasmen und einen Fall von papulösen Xanthomen auf diabetischer Grundlage. In beiden Fällen hat sich eine familiäre Anlage nachweisen lassen. Die interferometrischen Untersuchungen der Abbauwerte nach Abderhalden zeigten eine deutliche Veränderung der Pankreaswerte. Bei dem mit Diabetes vergesellschafteten Fall hat sich ein deutliches Abhängigkeitsverhältnis zwischen beiden Erkrankungen feststellen lassen. Der Cholesterinspiegel im Blut war in beiden Fällen erhöht. Lipämie, Verminderung der Lipase bzw. der Nachweis chininfester Lipase konnte nicht bestätigt werden. Die Xanthommasse hatte einen Cholesteringehalt von etwa 5%.

Sprafke-Chemnitz.

Wilson, W. H.: Note on the Etiology of Pellagra (Beitrag zur Ätiologie der Pellagra). Brit. m. J., 1930, Nr. 3602, S. 101.

Ohne die Bedeutung des Vitamins B 2 zu verkennen, vertritt W. die Ansicht, daß eine ungenügende Zufuhr von resorbierbarem Protein neben externen Faktoren, wie Sonnenlicht, harter Arbeit usw., der Entstehung von P. zugrunde liegt. Er stützt seine Auffassung auf tabellarische Zusammenstellungen von Analysen des Nährwertes der Gefangenenkost bei der von Cluver in Durban (Natal) beobachteten Pellagraepidemie, ferner vom Krankenhaus in Kairo, aus indischen Gefängnissen und von Beobachtungen von Goldaberger und Wheeler in Rankin, und zeigt daran, daß die Gefahr einer Erkrankung auch bei genügendem Vitamingehalt der Nahrung sehr nahe liegt, wenn der biologische Wert des eingeführten Vitamins unter die Ziffer 5 herabgeht. Wenn der Vitamingehalt der Nahrung sich an der Grenze des unentbehrlichen Bedarfs befindet, wird eine Verminderung der Proteinzufuhr ausschlaggebend wirken.

A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Pigment

Elbeheri, S. A.: Über einen pigmentierten Naevus der Mundschleimhaut. Diss., München 1929.

Es handelt sich um einen vielleicht seit Geburt unverändert bestehenden linsengroßen, teils braunen, teils blauen Pigmentfleck des Zahnfleisches des Oberkiefers. Oberflächenrelief nicht verändert, Schleimhaut leicht mazeriert. Histologisch: Epidermis stark verbreitert mit lang ausgezogenen Reteleisten und Papillen. In der Basalschicht großer Pigmentreichtum, bald ist eine Reteleistenspitze, bald nur Teile von ihr hyperpigmentiert, in der Kutis keine Veränderung; also Akanthom mit beschränkter hyperpigmentierter Basalschicht. Der Fall scheint ein Unikum zu sein.

M. Kazarowa-T. Pasardschik.

Tagesgeschichtliche Nachrichten

Gewählt: Proff. J. Almkvist-Stockholm, L. Arzt-Wien, E. Bruusgaard-Oslo, W. Kerl-Wien, Dr. Milian-Paris zu Ehrenmitgliedern, Dr. F. Callomon-Dessau, P. Unna-Hamburg, S. Lomholt-Kopenhagen, Belgodère-Paris zu korrespondierenden Mitgliedern der Società Italiana di Dermatologia e Sifilografia.

Gestorben: Dr. Carl Gutmann, leitender Arzt der dermatologischen Abteilung des Städtischen Krankenhauses, Wiesbaden;

Prof. Soma Beck, Vorstand der Dermatologischen Klinik in Fünfkirchen (Pecs), einer unserer treuesten Mitarbeiter. R.

Nachdruck (auch des Abschnittes „Tagesg. Nachr.") ist ohne Genehmigung des Verlages nicht erlaubt

Verantwortlich für die Redaktion: für Originalabhandlungen und T.N.: Prof. Dr. J. H. Ruß, Leipzig, Johannisplatz 1. Für den Referatenteil: Dr. Fritz Callomon, Dessau

Digitized by Google

Dermatologische Wochenschrift

Nr. 25 (Bd. 90) 21. Juni 1930

Aus der Universitäts-Hautklinik zu Heidelberg (Direktor: Prof. Dr. Bettmann)

Zur Beurteilung der trophischen Störungen bei Syringomyelie

Von

Dr. Ph. Kraft

Mit 1 Abbildung im Text

Es darf auffallen, wie wenig umfangreich in der dermatologischen Literatur die Kasuistik der trophischen Störungen bei Syringomyelie trotz der zweifellos zahlreichen Beobachtungsmöglichkeiten geblieben ist. Gerade den Dermatologen bietet sich nicht selten Gelegenheit, eine beginnende Syringomyelie aufzudecken, weil die Kranken häufig nicht wegen ihrer sonstigen geringfügigen und kaum beachteten Beschwerden, sondern wegen ihrer „Hautkrankheit" den Spezialisten aufsuchen. Es ist wichtig, die Eigenart solcher Hautveränderungen zu kennen, um sie nicht mit einer banalen Hautaffektion zu verwechseln.

Obwohl die Gesichtspunkte, die für die Beurteilung der trophischen Störungen bei Syringomyelie vor mehr als 3 Dezennien aufgestellt wurden, ihre Geltung behalten haben, und obwohl die Syringomyelie, besonders in manchen ländlichen Gegenden, eine weitaus häufigere Krankheit ist, als früher angenommen wurde, ist doch die Beurteilung der trophischen Störungen unsicher geblieben. Manche Forscher glauben diese restlos mit der Annahme trophischer Nerven erklärt zu haben, andere betonen ihre Entstehung auf einer Haut, die durch ihre frühzeitig aufgehobene Empfindung für Schmerz- und Temperaturreize weitaus mehr Schädigungen, gleichgültig welcher Art, ausgesetzt ist, als eine Haut mit normaler Sensibilität.

Es ist im höchsten Grade auffällig, daß die trophischen Störungen bei Syringomyelie eine außerordentlich große Übereinstimmung mit denjenigen aufweisen, die man bei funktionellen Nervenkrankheiten zu sehen gewohnt ist. Bekannt ist auch, wie Curschmann u. a. öfters betont haben, daß man bei Syringomyelitikern gar nicht so selten endogene, psychische, insbesondere intellektuelle Minderwertigkeit nachweisen kann. Damit dürfte die Beurteilung der trophischen Störungen bei Syringomyelie noch komplizierter werden.

Trophische Störungen, wie man sie bei funktionellen Nervenkrankheiten beobachten kann, pflegen nun bei der Syringomyelie ganz besonders häufig aufzutreten und gaben daher seinerzeit Bettmann An-

Digitized by Google

laß, sie aus der großen Gruppe der übrigen herauszustellen. Diese faßte er im Jahre 1901 in folgender Formel zusammen:

„Eigentümliche Steigerungen der vasomotorischen Erregbarkeit, die sich in langdauernder Rötung und Infiltration der Haut nach leichten Reizen äußern können; zirkumskripte mit Zyanose einhergehende Ödeme, die sich mit Vorliebe an den oberen Extremitäten lokalisieren; Ekzeme, denen die Charaktere des neurotischen Ekzems zukommen und die besonders an Händen und Füßen sitzen; besonders häufig sind vesikulöse und bullöse Eruptionen, und zwar finden sich: selten ein akut und typisch verlaufender Herpes zoster, ebenso selten das Bild der chronisch disseminierten Pemphigus; häufig dagegen sind Formen, die sich in bestimmten umschriebenen Körperabschnitten und Nervenbezirken lokalisieren und hier in vielen Fällen immer wieder rezidivieren." Eine Ergänzung bedarf diese Schilderung insofern, als diese Blasen sowohl einzeln als auch in Gruppen beieinander stehen können,und ihr Sitz vorwiegend an Händen und Armen, weniger häufig an Brust und Rücken, selten am behaarten Kopfe ist. Hierhergehörende Fälle wurden von CHVOSTEK, OPPENHEIM, SCHULTZE, NEILL-SINCLAIR, HOFFMANN, BERNHARD u. a. veröffentlicht. Diese Blasen erreichen gewöhnlich die Größe einer Linse oder einer Erbse. Daß sie aber auch umfangreichere Maße annehmen können, zeigt der Fall von MILIAN und LELONG, wo die Blasen die Größe eines Fünffrankenstückes erreichten.

Wie bereits erwähnt, bieten diese Störungen insofern ein größeres Interesse, als sie es sind, die häufig zu Verwechslungen mit ähnlichen Affektionen führen, wie sie bei Neurotikern und Hysterikern auftreten. Während es sich bei ersteren hauptsächlich um vasomotorische Störungen wie erythematöse Flecken, Sekretionsanomalien u. a., handelt, sind es bei der Hysterie Veränderungen an der Haut, die sowohl auf vasomotorischem als auch auf trophischem Gebiete liegen. LÖWENFELD führt von solchen Affektionen Erytheme, Urtikaria, insbesondere Herpes zoster und Pemphigus an. Mehrfach ist auch Ausfallen der Haare und Nägel beobachtet worden. Hysterische Muskelatrophien gehören ebenfalls nicht zu den Seltenheiten, wie auch alle anderen trophischen Störungen der Syringomyelie, wie Dermographismus, Blutungen, Ödeme, Pigmentationen, Vitiligo, Abnormität der Schweißsekretion, solitäre und multiple Hautgeschwüre und Hautgangrän, die auch die Charaktere des RAYNAUDschen Symptomenkomplexes annehmen kann, sowie gewisse ekzemartige Erkrankungen, vielfach der genauen Untersucher zur Beobachtung gekommen sind. Stehen solche Veränderungen im Vordergrunde, dann kann man wohl verstehen, daß diese Grund gegeben haben, sie in der Literatur als selbständige Krankheitsbilder bei hysterischen Patienten aufzuführen (BETTMANN).

Ob es sich hierbei wirklich um spontan auftretende Krankheitsbilder oder ob es sich in jedem Falle um Artefakte handelt, darüber ist viel gestritten worden, ohne daß das Rätsel gelöst worden wäre.

Für die Beurteilung der trophischen Störungen bei Syringomyelie ergeben sich so in vielen Fällen noch weiter erhöhte Schwierigkeiten. Von besonderer Wichtigkeit ist immer ein möglichst klares Auseinanderhalten von organischer Syringomyelie oder funktioneller Hysterie und Artefakt! Ist es doch keine Seltenheit, daß in Fällen von Syringomyelie

Digitized by Google

in denen trophische Störungen der Haut der manifesten Krankheit jahrelang vorausgehen, die Diagnose hier oft nicht gestellt, der Syringomyelitiker hysterischer oder sogar artefizieller Verdachtsmomente bezichtigt wird. Es ist daher von größter Wichtigkeit, in allen Fällen eine möglichst klare Entscheidung zu treffen, um dann den Patienten der richtigen Behandlung zuführen zu können. Aber auch in der Bewertung therapeutischer Erfolge muß man sich in unklaren Fällen größter Zurückhaltung und Vorsicht befleißigen; denn wie leicht ist man versucht zu glauben, ein organisches Rückenmarksleiden mit bestem Erfolge behandelt zu haben, wo es sich doch nur um eine rein funktionelle Angelegenheit oder wenigstens um eine Überlagerung gehandelt hat. In diesem Zusammenhang erscheinen uns auch die Fälle, in denen neuerdings nach Röntgenbestrahlungen des Rückenmarks weitgehendste Besserung von angeblich syringomyelischen Symptomen beobachtet wurde, der Nachprüfung wert.

Sicherlich ist es in vielen Fällen nicht leicht, eine beginnende Syringomyelie zu diagnostizieren. Aber auch in ihrem späteren Verlaufe kann diese Krankheit mit der Hysterie in so vielen und wesentlichen Punkten übereinstimmen, daß sich auch hier die Schwierigkeiten in der Diagnosestellung erheblich steigern können. Denn bekanntlich kann die Hysterie sowohl die sensiblen als auch die motorischen Störungen der Syringomyelie nachahmen. Vorhandensein von gestörter Vasomotorik, Muskelatrophien können dann noch ihr Wesentliches dazu beitragen, das Bild vollends zu verschleiern. So haben begreiflicherweise in der Literatur eine Fälle, wo Hysterie und Syringomyelie bei einem Kranken gemeinsam angenommen wurden, ganz besondere Wichtigkeit erlangt (vgl. die Fälle von BETTMANN, NEUMEISTER, NEUBERGER u. a.).

Damit gewinnt, bei der Häufigkeit der Syringomyelie und bei der Schwierigkeit der Diagnose dieser Krankheit in ihrem Anfangsstadium, die Abgrenzung hysterischer Symptome von den organischen der Syringomyelie eine große Bedeutung. Bekanntlich ist aber auch die Diagnose des Artefaktes oft äußerst schwierig und bisweilen erfahrenen Dermatologen nicht einmal nach langer Beobachtung geglückt. Kann aber mit Bestimmtheit eine artefizielle Entstehung des Hautleidens ausgeschlossen werden, dann ist eine genaue neurologische Untersuchung erforderlich, bei der dann nicht nur auf solche organische Nervenleiden, die mit einem veränderten Trophismus der Haut einhergehen können oder auf Gefäßveränderungen, infolge deren arteriosklerotische Gangränen zustande kommen können, zu achten, sondern es ist immer auch nach hysterischen Stigmata zu fahnden, um reine Simulationsfälle auszuschließen.

Denn da hysterische und simulierte Symptome jegliches Fehlen eines objektiven Befundes gemeinsam haben, kann man verstehen, wie schwer es unter Umständen ist, Hysterie von Simulation abzutrennen; und doch gibt es einige Merkmale, welche die Unterscheidung erleichtern können. Der Hysteriker glaubt an seine Krankheit, der Simulant dagegen nicht. Wie ALBRECHT betonte, haben wir bei dem Hysteriker gleich zu Beginn seiner Symptome starke Autosuggestion, krank sein zu müssen. Der Unterschied liegt in der Gemütsverfassung. Der Hysteriker sucht Schutz in seiner Krankheit, weil er den Anforderungen des Lebens sich nicht gewachsen fühlt; die Mittel, die er anwendet, sind bewußt übertrieben, er-

Digitized by Google

scheinen ihm aber erlaubt. Er ist ein Kranker, der in seiner Leistungsfähigkeit herabgesetzt ist. Für seine Handlungen ist er daher auch nicht ohne weiteres strafwürdig. Entscheidend bleibt, wie BETTMANN hervorhebt, daß es sich um Individuen handelt, bei denen Emotivität, Charakterart, Triebleben und Phantasiebegabung zu seinem seelischen Ganzen zusammenstimmen, das eine besondere günstige Mischung der Geneigtheiten ergibt, auf die es hier ankommt. Der echte Simulant dagegen ist für seine Handlungen voll verantwortlich. Aus diesen Gründen heraus ist es notwendig, den Seelenzustand des Hysterikers möglichst genau zu charakterisieren, um ihm gerecht werden zu können.

Schließlich kommen hier alle jene Gesichtspunkte in Betracht, die BETTMANN in seiner Arbeit über psychogene Dermatosen entwickelt hat.

Die hier aufgestellten Überlegungen verlangen nun weitgehendste Berücksichtigung in folgendem Falle, aus dessen umfangreicher Krankengeschichte hier nur die wesentlichsten Punkte angeführt werden können:

B. Sch., 38jähr. Melker; Ausländer. Aufgenommen am 24. IV. 1927. Familienanamnese ohne Belang. Eigene Anamnese: Außer einer Lungen- und Rippenfellentzündung nie ernstlich krank. Mitte März 1927 am rechten Handrücken kleine Rißwunde, daran anschließend Schwellung und Rötung. Trotz Umschlägen mit essigsaurer Tonerde Fortschreiten der Krankheit auf Ober- und Unterarm. Alsbald Ausschlag am ganzen Körper, welcher starkes Jucken verursachte. Der Patient suchte deswegen einen Arzt auf, der angeblich eine „Pityriasis versicolor" feststellte. Am 14. IV. an Brust und linkem Arm Auftreten von Blasen, die sich in den folgenden Tagen noch vermehrten. An den Stellen, wo die Blasen herauskamen, spürte Patient Klopfen und Bohren. Außerdem bestand Müdigkeit und starkes Schwitzen, besonders an der linken Körperhälfte. Am 19. IV. verordnete der Arzt angeblich auf die Blasen Schmierseife! Hiernach spürte Patient starkes Brennen. Er läßt deshalb die Schmierseife weg und ersetzt sie durch Borsalbe. Keine Besserung, deshalb Einweisung in die Hautklinik.

Aus dem allgemeinen Befund: Über mittelgroßer, kräftiger Patient in gutem Kräfte- und Ernährungszustand. Es besteht eine leichte Skoliose, der linke Musculus pectoralis major ist schwächer als der rechte.

Innere Organe ohne krankhaften Befund.

Nervensystem: Links von C_3 bis G_{10} herabgesetzte Empfindlichkeit für alle Reizqualitäten.

Spezieller Befund: Am linken Handrücken, linken Unterarm und linken Oberarm finden sich unregelmäßig verstreut 11 vollkommen runde nekrotische Geschwürsherde, von Fünfpfennig- bis Zweimarkstückgröße.

Diagnose: Multiple Hautnekrosen (Artefakte?, Syringomyelie?).

Therapie: 1%ige Borwasserumschläge.

Aus dem klinischen Verlauf: Beurteilung in der Nervenklinik. Bei dem Patienten dürfte auf Grund der Sensibilitätsstörungen, der Skoliose und des Muskelbefundes mit aller Wahrscheinlichkeit eine Syringomyelie vorliegen. Zu einer genauen Diagnose kann man jedoch nicht gelangen, da die Vorderhornsymptome fehlen und die Sensibilitätsstörung auch nicht charakteristisch ist. Es fehlt nämlich die Dissoziation. Die Tiefensinnleitung ist auffallend stark gestört, allerdings im Sinne der Hinterhornstörung: Schmerz- und Temperatursinn sind nur mäßig herabgesetzt. Die Sensibilitätsstörung ist am starken an der Hand, schneidet dann ziemlich scharf oberhalb des Handgelenkes manschettenförmig ab, um in eine geringgradige Hypästhesie überzugehen. Die Art der Störung findet sich zwar öfters verschieden, ist aber doch etwas subjekt. Man muß jedesmal an eine Überlagerung denken. Genaueste Untersuchung des Patienten: keine neurologischen Erscheinungen.

16. V. Die Geschwüre sind rasch unter Narbenbildung abgeheilt. Entlassung.

Wiederaufnahme am 10. XI. Patient macht folgende Angaben:

3 Wochen nach seiner Entlassung seien erneut zwei flache Geschwüre am linken Arm aufgetreten. Abheilen derselben angeblich unter Borwasserumschlägen. Ende Juni 1927 ohne äußere Ursache erneutes Auftreten von vier flachen Geschwüren am linken Arm und an der linken Brust. Der behandelnde Arzt soll einen Zusammenhang

Digitized by Google

der Erkrankung mit Kuhpocken konstatiert haben. „Sein ganzes Leiden sei also lediglich auf Ansteckung beim Melken kranker Tiere zurückzuführen." Am 1. XI. sind dann an drei alten Narben am linken Arm und an der linken Brust frische Geschwüre aufgetreten. Am 3. XI. mußte sich Patient bei seinem Konsulat zur Militärkontrolle melden. Von hier aus wurde er der Hautklinik wiederum zugeschickt.

Allgemeiner Befund unverändert.

Spezieller Befund: An drei früheren Narben finden sich drei frische, gleichgroße, runde, oberflächliche Ulzera, mit scharf begrenztem Rand, die von einem entzündlichen Hofe umgeben sind (siehe Abb. 1).

11. XI. Erneute Untersuchung in der Nervenklinik: Auffallend ist die Haltung mit Rechtsneigung des Kopfes, Tiefstand der rechten Schulter, entsprechende Lageveränderung der Wirbelsäule, die beim Aufrichten des Kopfes nicht ganz ausgeglichen wird. Der linke Musculus pectoralis ist bedeutend schwächer als der rechte. Da die übrige Muskulatur nicht solche Differenz aufweist, ist dieser Befund als pathologisch anzusehen. Die elektrische Untersuchung ergibt beiderseits normale Werte. Die Untersuchung der Sensibilität ergibt gleiche Abgrenzung wie am 3. V. Von C_8 bis D_{10} ist auf der linken Seite die Empfindlichkeit für alle Reizqualitäten herabgesetzt, für unlustbetonte Reize stärker als für Druckreize. An den unteren Extremitäten kein pathologischer Befund. Der Gesichtsschädel ist nicht ganz symmetrisch, links kleiner als rechts. Es findet sich auch ein Nystagmus, der beim Blick nach links frequenter ist als beim Blick nach rechts. Der Befund ist jetzt derart, daß an einer organischen Nervenerkrankung nicht mehr gezweifelt werden kann. Man muß hier eine lokale Schädigung der Hinterhörner annehmen, am wahrscheinlichsten eine Syringomyelie.

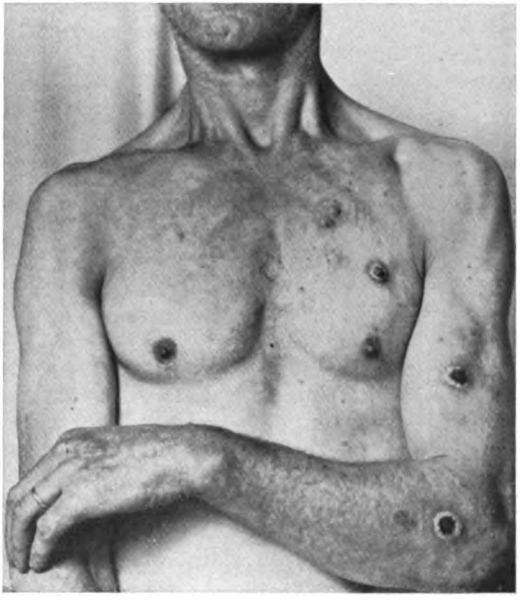


Abb. 1. Befund vom 10. XI. 1927 (Näheres siehe Text)

Aus dem weiteren klinischen Verlaufe: 12. XI. Patient wird von Prof. Dr. BETTMANN in der Vorlesung vorgestellt. In Anwesenheit des Patienten wird davon gesprochen, daß das ausschließliche Auftreten der Affektionen an der linken Körperhälfte doch ganz eigentümlich sei. Eigentlich müßten doch auch Herde „zur vollen Entwicklung des Krankheitsbildes" auf der rechten Seite auftreten. Es fällt auch heute, wie bereits früher, die Form und Größe der frischen Effloreszenzen auf; sie entsprechen dem Abdrucke eines Zehnpfennigstückes. Gegen Abend erklärte Patient der Schwester, daß über Nacht wohl ein neuer Herd auftreten wird, denn er spürt Bohren und Brennen. Prompt finden sich am anderen Morgen in Höhe der rechten XI. bis XII. Rippe etwas oberhalb des Beckens im Zentrum einer Rötung ein etwa gut markstückgroßer, nicht genau runder Herd; derselbe hat das Aussehen, als bestünde er aus zwei Kreisen. Sonst entspricht diese Affektion vollkommen den frischen Herden am linken Arm. 20. XI. Die Rötung in der Umgebung ist abgeklungen, die Epitheldecke hat sich abgelöst; die Herde am linken Arm und an der linken Brustseite sind zum größten Teil epithelialisiert. XII. Herde fast abgeheilt; Entlassung auf eigenen Wunsch. 20. XI. 1928. Der Patient erscheint nochmals in der Ambulanz der Hautklinik und macht folgende Angaben: Am 5. XII. 1927 traten plötzlich starkes Fieber, mächtige Schwellung des linken Armes und der linken Brustseite ein. Der zu Rate gezogene Arzt soll die Äußerung getan

Digitized by Google

haben, daß das jetzige Leiden im Zusammenhang stünde mit der ursprünglichen Verletzung vom März 1927; auch soll er seine Verwunderung darüber zum Ausdruck gebracht haben, daß von der Klinik aus keine Unfallmeldung erfolgt sei. Patient wünscht jetzt nicht aufgenommen zu werden, da er sich bald zu verheiraten wünsche und macht der Klinik den Vorwurf, daß sie seinem Leiden nicht das nötige Verständnis entgegengebracht habe!

In der Beurteilung des vorliegenden Falles hat man 4 grundverschiedene Gesichtspunkte in Erwägung zu ziehen:

1. Handelt es sich von vornherein um gewöhnliche Artefakte, die nur zur Erfüllung eines Zweckes ausgeführt wurden?

2. Oder könnte nicht auch das viel umstrittene Krankheitsbild einer hysterischen Dermatose vorliegen?

3. Haben wir es einfach mit trophischen Störungen auf Grund einer Rückenmarksaffektion zu tun?

4. Sind vielleicht Anhaltspunkte vorhanden, daß hier eine Kombination der 3 vorgenannten Krankheitsbilder besteht?

Ich glaube, die Meinung vertreten zu müssen, daß es sich hier zweifellos ohne um jene seltene Kombination handelt, wo bei einem Patienten 3 verschiedene in ihrem klinischen Bilde oft außerordentlich ähnliche Krankheitsformen nebeneinander herlaufen, die ihre Ähnlichkeit wegen auf dem Wege zur Diagnose die größten Schwierigkeiten bereiten.

Wie die wiederholten Untersuchungen, teilweise von Nervenspezialisten gründlich ausgeführt, bewiesen haben, handelt es sich bei Sch. um einen Patienten mit einer beginnenden Syringomyelie. Diese Diagnose stützt sich auf die Sensibilitätsstörungen an der linken Körperseite und auf die leichte Schwäche des linken Musculus pectoralis major mit Skoliose. Aber auch die Tatsache, daß die Geschwürsherde in ihrem Verlaufe wesentliche Verschiedenheiten zeigten, geben den Hinweis auf einen gestörten Trophismus der Haut, wie man ihn eben bei der Syringomyelie zu sehen gewohnt ist. War einerseits das rasche Abheilen der Affektionen vom April 1927 recht merkwürdig, so war man andererseits überrascht zu sehen, wie schnell eine auffallend starke Narbenkeloidbildung bei einem Teil derselben einsetzte. Wie nun bei späteren Untersuchungen festgestellt werden konnte, hatte sich diese wieder unter weitgehendster Abflachung zurückgebildet.

Der auffallende Wechsel der Sensibilitätsstörungen sprach aber auch dafür, daß außerdem eine neuropathische Komponente vorliegen müsse. Dieser Verdacht wurde noch verstärkt, durch die mit großer Ausführlichkeit und besonderem Nachdruck hervorgebrachten Angaben des Patienten.

Ebenso dürfte an der gleich zu Anfang gestellten Diagnose des Artefaktes nicht gezweifelt werden; obwohl das Artefaktmittel nicht ermittelt werden konnte, haben wir doch Anhaltspunkte, die mit Sicherheit für die artefizielle Erzeugung der Ulzera sprechen. Es zeichneten sich nämlich sämtliche Herde vorwiegend durch ihre konstante Größe und scharfrunde Form aus, die den Verdacht erwecken mußte, daß zur Erzeugung derselben der Kranke immer und immer wieder dasselbe Mittel (Messerstück) in der gleichen Weise benutzte. Aber auch der vorwiegende Sitz der Affektion an den dem Patienten leicht zugänglichen Körperstellen, der handgerechte Sitz der Geschwüre (bei unserem Patient als Rechts-

Digitized by Google

händer links), die eigentümliche Verlaufsweise des Krankheitsbildes (plötzliches Auftreten über Nacht!) mußten unsere Verdachtsmomente in diese Richtung lenken.

Welche Gründe den Patienten veranlaßt haben können, sich die Läsionen beizubringen, ist, wie in allen derartigen Fällen, nicht mit letzter Bestimmtheit zu ermitteln. Es handelt sich um einen weichlichen, arbeitsscheuen Menschen, in dessen Gedankengang wohl die Sucht nach einer Rente und das Bestreben, sich vom Militärdienst zu befreien, als Motiv zur Tat eine Rolle spielen könnten.

Aber es war dem Patienten anscheinend noch viel mehr daran gelegen, als „interessanter Fall" zu gelten. Dabei spielte sich die ganze Veränderung in einer Zeit ab, in der der Patient im Zusammenhang mit einer „drohenden" Verheiratung sich in einer seelischen Verfassung befand, in der die Flucht in die Krankheit für ihn einen Ausweg bedeuten konnte.

Trotzdem glauben wir mit diesen Erklärungen die Psychologie des vorliegenden Falles nicht restlos erschöpft zu haben. Ich verweise in diesem Zusammenhang auf die allgemeine Analyse psychogener Hauterkrankungen, die Bettmann kürzlich gebracht hat. Die erwähnten Tendenzen sind in unserem Falle sicherlich vorhanden, aber „sie erklären bei weitem nicht die Summe von Voraussetzungen, Erregtheiten und Verworrenheiten, aus denen heraus die Kranken in einer seelischen Konfliktslage dazu kommen, Eingriffe an sich vorzunehmen."

Literatur

Bettmann, Über die Hautaffektionen bei Hysterischen und dem atypischen Zoster. Schr. f. Nervenhlk., 1900, Nr. 18, S. 345. — Bettmann, Hysterische Selbstbeschädigung unter dem Bilde der multiplen neurotischen Hautgangrän. M. m. W., 1903, S. 1775. — Bettmann, Zur Frage der psychogenen Hauterkrankungen. Der Nervenarzt, 1. Jahrg., H. G. — Bremer, Konstitutionstyp der Syringomyelie. Kl. W., 1926, 5. Jahrg., Nr. 19, S. 865. — Curschmann, Beiträge zur Ätiologie und Symptomatologie der Syringomyelie. D. Schr. f. Nervenhlk., Bd. 29, S. 275. — Curschmann, Syringomyelie, Muskelatrophien und Dystrophien. M. m. W., 1923, S. 401. — Schlesinger, Die Syringomyelie. Eine Monographie, 2. Auflage, Wien 1902.

Aus der Dermatologischen Universitätsklinik in Rostock (Direktor: Prof. Dr. W. Fribboes)

Über das Vorkommen unspezifischer Hemmungen bei der Wassermannschen Reaktion

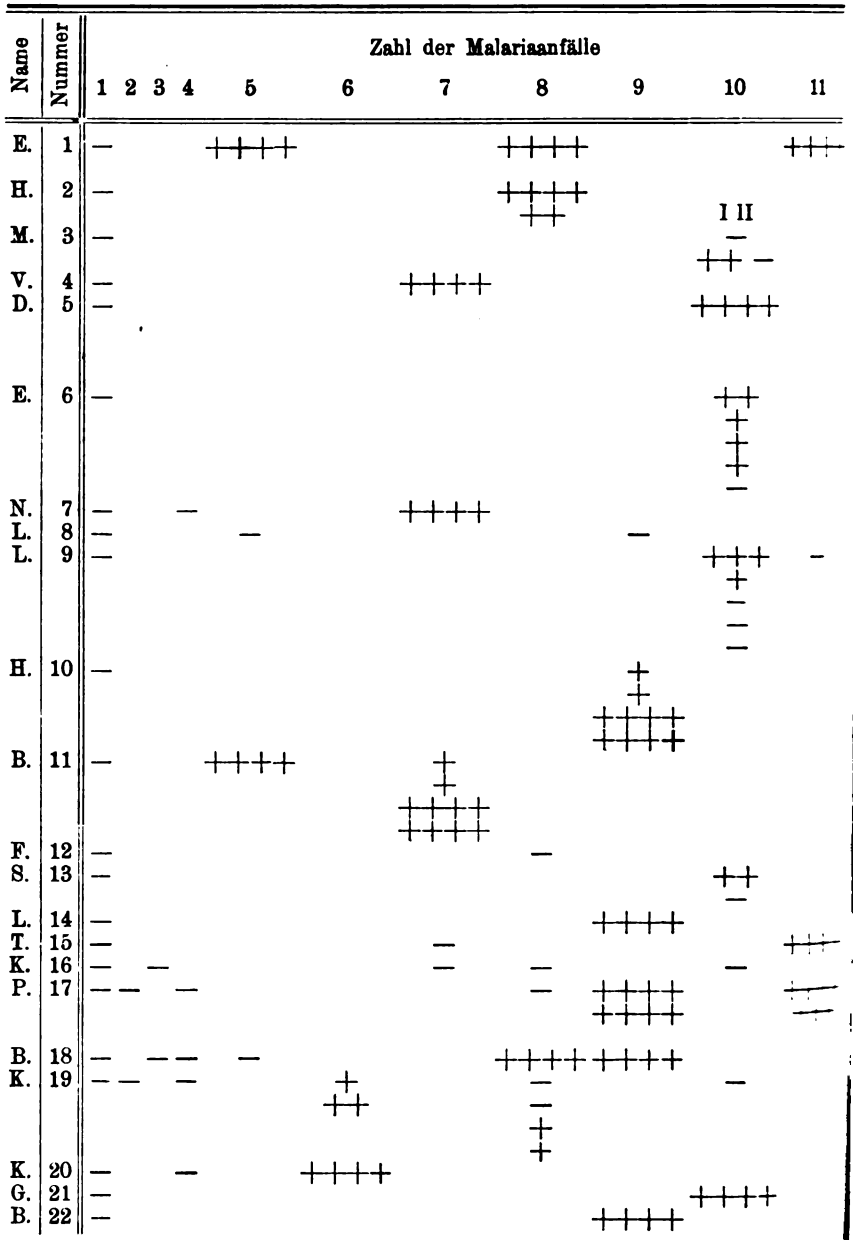
Von

Priv.-Doz. Dr. H. Nagell

(Schluß)

Vergleiche ich die Ergebnisse zunächst mit denen von Hopf (59), so gibt sich, daß eine positive oder fast positive Reaktion in 96% der Fälle verzeichnen war. Wenn demgegenüber Hopf (59) über 100% positive Resultate berichtet, so liegt offensichtlich die Differenz in der Anzahl der Fieberanfälle begründet. Es ist mit an Sicherheit grenzender

Digitized by Google



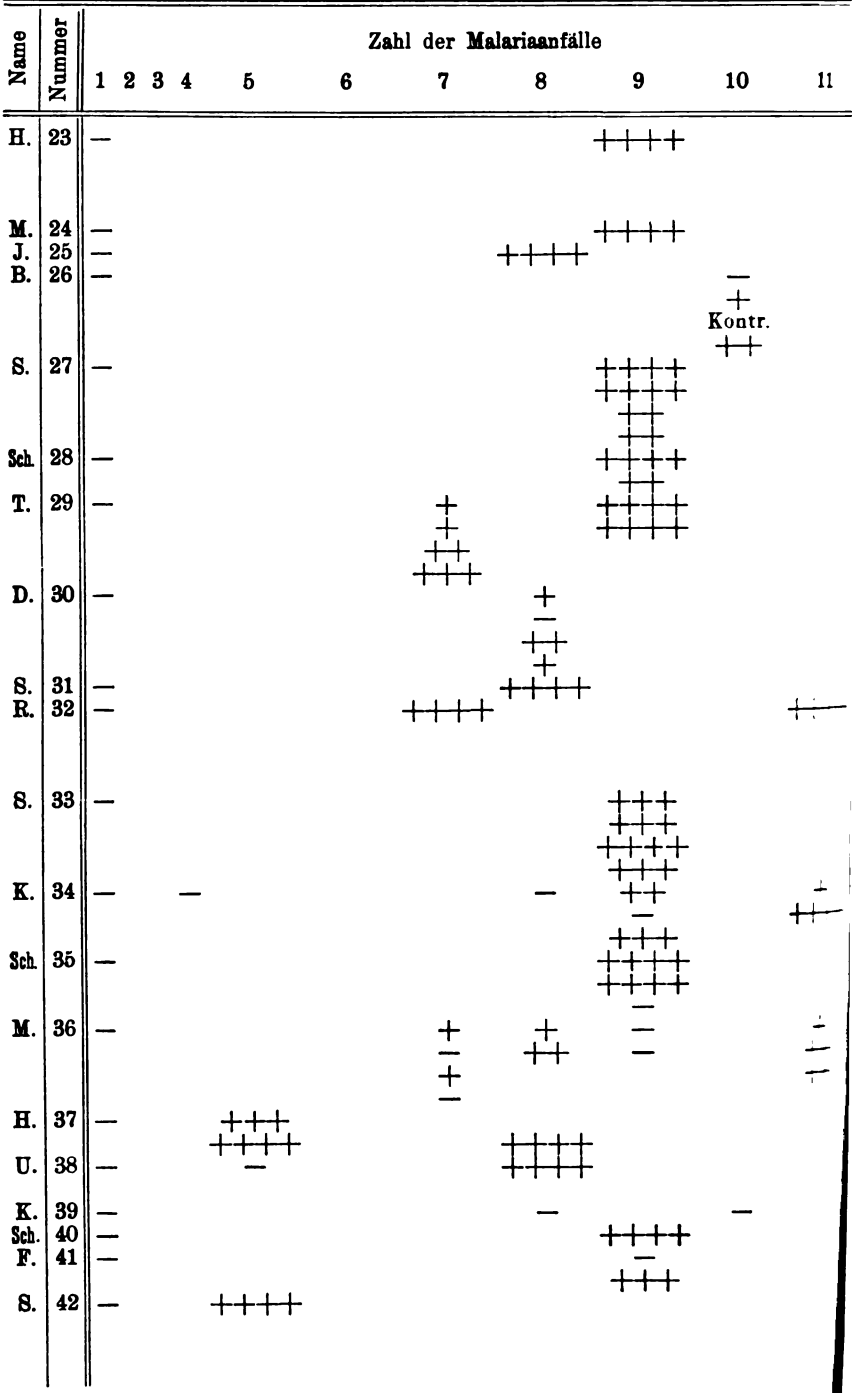
Tabellenerklärung: Da eine Differenz der Befunde bei Männern und Frauen nicht beobachtet wurde, konnten die Patienten durchgehend nummeriert werden. In der dritten Spalte wurde die Zahl der Malariaanfälle angegeben. Sind bei einer Untersuchung verschiedene Werte angegeben, so bedeutet dies, daß bei 0,1 bzw. 0.4 ccm verschieden starke Reaktionen zu verzeichnen gewesen sind. Der fünfte Wert ist die Serumkontrolle. Die vierte Spalte enthält Befunde, die kurz nach der Unterbrech-

Digitized by Google

1 negativ nach	2 negativ nach	Meinicke-Reaktion	Gewicht vor und nach der Kur	Bemerkungen
4 Tagen 0,1 + 0,4 ++	6 Tagen	5 ++	—	
	6 „	—		Par. Re.
	2 „	—	—	
	4 „	—	106—100—100	
4 Tagen +			130—122—124	
+				
+++				
+++				
	19 „	—	—	
	9 „	—	139—131—132	
—			131—123—131	
	8 „	—	—	Par. Re.
	2 „	++	—	
		—		
—	5 „	—	—	
+				
++				
++		—	—	
	4 „	—	126—114—120	Par. Re.
	10 „	—	139—139—140	
	10 „	—	131—124—124	
		—	134—123	
+	6 „	+	136—126—137	Par. Re.
++				
3 Tagen Kontr. +				
2 „ ++++	12 „	+++	136—122—133	
—	13 „	++	122—117—123	
8 Tagen ++	12 „	—	137—126—130	
8 „ ++	12 „	—	140—129	
	12 „	—	110—103	

r Malariaanfälle mit Chinin vorgenommen wurden und bei denen schon deutlich der fall der WR in Erscheinung tritt. In der nächsten Spalte wird angegeben, nach eviel Tagen die Reaktion wieder völlig negativ geworden ist, während in der sechsten brik die Ergebnisse der MR sich finden. Das Gewicht vor und nach der Kur sowie rmerkungen nehmen die beiden nächsten Spalten ein.

Digitized by Google



Digitized by Google

1 negativ nach	2 negativ nach	Meinicke-Reaktion	Gewicht vor und nach der Kur	Bemerkungen
++++		—	117—114	
13 Tg. ++ Kontr. +				
	19 Tagen	—	127—116	
	28 „	—	139—130	
	40 „	—	125—120	Par. Re.
	11 „	—	146—132—142	
	8 „	—	150—137—148	Par. Re.
	13 „	—	106—105—104	
		—	170—158	Par. Re.
	8 „	—	149—145	
6 Tagen ++++	+++	—	—	
	9 Tagen ++++ ++++			
		—	150—138—140	Par. Re.
	3 Tagen	—		Par. Re.
	—	—	123—118—124	
+		—	129—116	Par. Re.
6 Tagen +	10 Tagen			
	+	5 +	112—105—112	
3 Tagen ++++	6 Tagen +++	3		
	11 Tagen	—	127—110	
	13 „	—	120—114—123	
	4 „	—	61,4—61	
++		—	130—124—130	
Tagen 7	12 „			
3 Tagen +++	+++ +++	—	108—102—107	
	12 Tagen +++			
	14 Tagen ++ 17 —			

Digitized by Google

Name	Nummer	Zahl der Malariaanfälle 1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
N.	43	—			—		—	++++			++++	
T.	44	—								+++		
										+++		
W.	45	—									+++	
R.	46	—									+++	
W.	47	—			0,1 —			++++		++++		+++
					0,1 +++							
R.	48	—								++++		
H.	49	—						—			+++	
											+++	
											+++	
											+++	
P.	50	—					++++				—	

Wahrscheinlichkeit anzunehmen, daß auch die nicht oder nicht ganz positiv gewordenen Fälle bei länger andauerndem Fieber positive Reaktion aufgewiesen hätten. In dieser Hinsicht stimmen also unsere cholesterinierte Rinderherzextrakte mit dem in Jena gebrauchten cholesterinierten Menschenherzextrakt überein. Da die Seren teils während des Fiebers teils nach diesem entnommen waren, so ergibt sich ferner, daß die positive Reaktion nicht vom Fieber abhängig sein kann. Die Versuche ergeben ferner die Richtigkeit der Untersuchung von JAKOBSTHAL und ROCHA D'LIMA (54). Schon diese Autoren weisen, wie ich eingangs erwähnt hatte, darauf hin, daß schon einzelne, sonst für Lues gut übereinstimmende Extrakte gerade bei Malaria stark divergierende Resultate ergeben. Aus der Tabelle sind hierfür unschwer mehrere Beispiele zu ersehen. Bei Nr. 5, 10, 11 haben z. B. die Extrakte nicht gleichmäßig gearbeitet. Würde ein solches Resultat sich bei einem Luetikerserum ergeben, so müßte man es als ein offensichtliches Manko bezeichnen, und der schlecht reagierende Extrakt müßte ausgeschieden werden. Auf Grund der Tatsache, daß gegenüber Malariaseren die Extrakte äußerst ungleichmäßig reagieren, wird man aber besonders im Hinblick auf die Differenzierung gegen Lues fordern müssen, daß bei solchen zweifelhaft reagierenden Seren mehrere Extrakte geprüft werden müssen. Ergibt sich dann eine solch große Differenz wie bei den oben angeführten Beispielen, so wird man an eine unspezifische Hemmung, insbesondere an Malaria, zu denken haben. In dieser Hinsicht decken sich also die Ergebnisse völlig mit denen bei autochthoner Malaria. Wenn z. B. DE BLASI (61) mit dem einen Extrakt 26% positive Reaktionen und mit dem andern in 78% positive Ergebnisse hatte, so wird dieses Ergebnis auch durch meine Untersuchungen von Impfmalaria, wenn auch in geringem Grade, von neuem bestätigt.

Eine weitere Möglichkeit, sich vor Fehlschlüssen zu sichern, bietet die Feststellung, daß die sogenannte Flockungsreaktion (D. M) bei Malaria meistens negativ ist. Nach HEINEMANN (62) muß es aus dieser

Digitized by Google

1 negativ nach	2 negativ nach	Meinicke-Reaktion	Gewicht vor und nach der Kur	Bemerkungen
4 Tagen ++++	7 Tagen	—	134—125—132	
	—	—	118—110—118	Par. Re.
	—	—	128—126—128	
++	+	—	110—106	
+	++			
++++	12 Tagen ++ 15			
9 Tagen +++	+			
—	12 Tagen	—	112—108	
	8 „	—	108—106—112	—
	23 „	—	125—115—122	—

Grunde sogar gefordert werden, daß neben der WR auch bei verdächtigen Fällen eine Flockungsreaktion mit ausgeführt wird.

Wenn ich in einer früheren Arbeit betont hatte, daß eine positive Flockungsreaktion bei der Impfmalaria nicht vorgekommen sei, so kann ich heute diesen Standpunkt, nachdem eine größere Untersuchungsreihe vorliegt, nicht mehr aufrecht erhalten. In der damaligen Publikation hatten wir uns auch schon vorsichtig ausgedrückt, indem wir sagten, daß die Meinicke-Flockungsreaktion niemals positiv ausfiel, sofern man von ganz leichter Flockung absieht.

„Es soll aber zugegeben werden, daß bei längeren Fieberattacken diese Reaktion auch positiv werden könnte und damit an differential-diagnostischer Bedeutung verlöre." Bei meinen weiteren Untersuchungen hat sich nun ergeben, daß stark positive (+++) Flockungen relativ selten sind, daß aber schwächere in einer nicht ganz geringen Anzahl der Fälle vorkommen. Wenn HOPF (59) 9mal starke Flockung und 32mal nur schwache Flockung beobachtet hat, so deckt sich dieses Ergebnis ungefähr mit dem meinen, sofern man in Betracht zieht, daß die Jenaer Klinik im allgemeinen nicht das Fieber so schnell unterbrochen hat, wie wir es zu tun pflegen. Nimmt man eine Parallele an zwischen dem Positivwerden der WR und der DM bei Lues und Malaria, so erklärt sich auch ohne Zwang die Feststellung HEINEMANNS (62), der in 56% der an Malaria tertiana Erkrankten positive Flockung gefunden hatte. Denn genau so wie die Flockungsreaktion im Primärstadium bei Lues unterlegen ist, so scheint sie auch während der ersten Malariaanfälle negativ zu sein, um erst später positiv zu werden. Unter diesem Gesichtswinkel betrachtet, besteht also Übereinstimmung hinsichtlich der Resultate, die bei autochthoner wie auch bei Impfmalaria gefunden wurden.

In Anlehnung und gleichzeitigen Erweiterung an das Schema von HEINEMANN (62) ergibt sich also:

Typ. WR 0,1 ++++ } Fl. — größter Malariafehler (parad. Reak. +, Fl. —)
Typ. WR 0,4 + }
Typ. WR ++++ Fl. — großer „
Typ. WR — Fl. + geringster „
Typ. WR + Fl. + steht in der Mitte der beiden letzten.

Was nun die Beurteilung der paradoxen Reaktion anbelangt, so hatte ich schon oben erwähnt, daß eine paradoxe Reaktion bei einem guten Extrakt nur ganz selten vorkommen darf, sofern es sich nicht um Seren handelt, die von Malariakranken usw. stammen. Da wir bei den jahrelangen Untersuchungen paradoxe Reaktionen bei Luetikern kaum jemals beobachtet haben, so scheint mir eine paradoxe Reaktion mit

Digitized by Google

negativem DM den größten Fehler in sich zu bergen. Die weiteren Untersuchungen decken sich mit denen von HEINEMANN bei autochthoner Malaria.

Indem ich versucht habe, die Malariafehler bei der WR an sicher luesfreien Patienten festzulegen, erhebt sich nun zum anderen die Frage, wie wir uns die positive Reaktion zu erklären haben.

Schon einleitend hatte ich betont, daß über das Wesen der WR die Meinungen noch stark divergieren und daß es zur Zeit fast eine rein akademische Frage ist, ob es die Globuline, die Albumine oder aber die Lipoide sind, die zum positiven Ausfall führen. So interessant auch die Einzelerscheinungen sind, die sich mit der Strukturveränderung des Serums in chemisch-physikalischem Sinne beschäftigen, so haben sie im Prinzip doch immer nur das Problem von einem Geleise auf das andere geschoben, ohne dem Kernpunkt selbst näher zu kommen. Würde man die sicher sehr interessanten Ansichten BERGELS (43) als richtig hinnehmen, so wäre, wie ich schon eingangs erwähnte, auch damit die positive Reaktion bei der Malaria erklärt. Seine bis zum gewissen Grade bewiesene Ansicht der Lipoidnatur der Antigene hat sogar gerade bei den unspezifischen Hemmungen etwas Bestechendes für sich.

Ganz abwegig scheint mir aber die Ansicht von STRYJECHI (63) zu sein, der spezifische Immunkörper nachgewiesen zu haben glaubt, indem er mit einem aus roten Blutkörperchen einer Malaria hergestellten Antigen in 100% positive Resultate erzielte. Er kommt zu diesem Schluß, weil sämtliche Kontrollen von Luetikern mit diesem Extrakt negativ reagieren. Der Autor befindet sich hier allerdings in Übereinstimmung mit HORWITZ und WASOLA (64), die auch spezifische Antikörper nachgewiesen zu haben glauben. Aber auf der anderen Seite haben diese Angaben einer Nachprüfung nicht standhalten können. So berichtet S. BUSINEO und G. FOLTZ (52), daß es ihnen auch mit Antigen aus Malariaorganen nicht gelungen ist, einwandfreie Resultate zu erzielen. Da die Autoren offensichtlich mit Extrakten aus Malariaorganen bzw. mit Blut von Malariakranken gearbeitet haben, so ergibt sich schon ohne weiteres, daß die Beweiskraft nicht sehr erheblich ist. Denn jeder Extrakt enthält zweifellos prozentual eine viel größere Menge anderer Substanzen als die Malariaparasiten und ist daher von vornherein schon höchstens als unspezifisch zu werten.

Für mich haben alle diese Erklärungen für das Zustandekommen der WR insofern immer etwas unbefriedigendes gehabt, weil sie ausnahmslos der Praxis sehr wenig Rechnung tragen. Die auch heute noch sehr lebhafte Diskussion über diese Probleme zeigt ja auch zur Genüge, wie weit wir von der Erkenntnis des eigentlichen Wesens der Reaktion entfernt sind. Und auch hier scheint, wie schon so oft in der Geschichte der Medizin schon vor Jahrzehnten ein aussichtsreicher Weg beschritten worden zu sein, der dem erstrebten Ziel uns näher bringen könnte, der aber erst in neuester Zeit aus der Vergessenheit wieder hervorgeholt und nun systematisch ausgebaut, greifbare Resultate zeigt.

Schon 1911 konnte HOFFMANN in Gemeinschaft mit MÜHLENS (65) zeigen, daß sich aus Spirochätenreinkulturen ein für die WR geeignetes Antigen herstellen ließ. Sie erzielten mit Luesleberextrakten völlig übereinstimmende Ergebnisse, und seine weiteren Gedanken, die er am Schluß seiner Arbeit entwickelt, daß sein Befund für das Verständnis der WR von wesentlicher Bedeutung sei und vor allem für die vom Entdecker stets verfochtene Anschauung, daß neben den Lipoiden den Spirochäten selbst eine wesentliche Rolle für das Zustandekommen der positiven Reaktion zukomme, eine weitere Stütze darstelle, geben gerade jetzt wieder der modernen Forschung Ziel und Richtung.

Zwei Jahre später haben dann NAKANO (66) von der NEISSERschen Klinik und ebenso JOHN A. KOLMER, WILLIAM WHIDRIDGE WILLIAMS und ERNEST E. LAUBAUGH (67), offenbar unabhängig voneinander, in zwei groß angelegten Arbeiten mit Pallida-Antigen spezifische Antikörper nachweisen können.

Digitized by Google

In den letzten Jahren haben nun F. KLOPSTOCK (36), KROÓ (3), GAETHGENS (27) und REITER ebenfalls unabhängig voneinander diese Fragestellung wieder aufgegriffen und haben teils mit wässerigen Pallidasuspensionen, teils mit alkoholischen Pallida-Extrakten versucht, eine Lösung des Problems der WR herbeizuführen.

Nachdem F. KLOPSTOCK (36) zunächst mit wässerigen Pallida-Aufschwemmungen, die teils mit Lezithin beladen waren, teils ohne solches nur wenig günstige Resultate erzielt hatte, verwandte er alkoholische Extrakte, die dann allerdings weitgehende Übereinstimmung mit den sonst üblichen Antigenen zeigten. Er kommt in seiner Arbeit: „Über die Entstehung der syphilitischen Blutveränderung und die Eigenschaften eines Spirochäten-Imunserums" zu dem Schluß, daß aus den Spirochäten durch Alkoholextraktion spezifisch wirkende Antigene zu erhalten wären. Er konnte ferner nachweisen, daß erst die Spirochäte dem alkoholischen Extrakt die wirksame Eigenschaft verleiht, Komplement zu verankern. Diese Untersuchungen bestärkten mich in dem Gedanken, daß es vielleicht möglich sein müßte, mit einem alkoholischen Spirochätenextrakt den Malariafehler ausschließen zu können.

Eine weitere Arbeit von KROÓ (3), der ebenfalls mit einem alkoholischen Pallida-Extrakt spezifische Antikörper nachgewiesen hatte, veranlaßten mich, an die Behring-Werke, die diesen Extrakt hergestellt hatten, die Bitte zu richten, mir für die Versuche die nötigen Extrakte zur Verfügung zu stellen.

Allerdings bestanden von vornherein gewisse Bedenken, denn da es sich um einen alkoholischen Extrakt handelte, so mußten die Lipoidebestandteile in diesem gelöst sein, und es war daher nicht unwahrscheinlich, daß ich auch allerwegens da unspezifische Hemmungen bekommen würde, wo man auch mit den gewöhnlichen Extrakten eine totale Hemmung bekommen hätte.

Um diese Frage zu klären, habe ich mit dem Spirochätenextrakt, den ich nach der Vorschrift mit 0,85% NaCl auf 1:6 verdünnt hatte, einige Seren untersucht. Die Untersuchung wurde mit halben Mengen nach der Originalvorschrift nach Wassermann ausgeführt.

Über die Herstellung des Extraktes hat KROÓ in der Klinischen Wochenschrift ausführlich berichtet, und es genügt daher, wenn ich darauf verweise. Es soll hier nicht diskutiert werden, wieweit überhaupt dieser Extrakt mit den sonstigen Antigenen übereinstimmt, es genügt, festzustellen, daß die Malariaseren ebenso unspezifisch reagieren, wie sie es sonst mit anderen Extrakten taten, und daß sich sonst eine Übereinstimmung der Untersuchungsbefunde ergab. Als Beispiel diene das Protokoll Nr. 13.

Spirochätenextrakt 1:6 mit 0,85 NaCl, Serum 1:5

gnose	L. II	L. II—III	Neg. Seren	Neg. Seren	Malaria	Malaria	Malaria	Malaria	Malaria
ten . .	++++	+++	—	—	+++	—	++	+++	++++
	—	—			—	—	—	—	—
. . .	++++	++++	—	—	++++	++++	++++	+++	++++
. . .	—	—			—	—	++++	—	—
sreakt. .	+++	++	—	—	—	—	—	—	—

Die Tabelle demonstriert ja auch deutlich, daß mir eine Ausschaltung des Malariafehlers mit diesem Extrakt nicht möglich war.

Wenn somit der alkoholische Extrakt nicht zum Ziele führte, so war es immerhin möglich, daß eine wässerige Spirochätensuspension bessere Aussichten bot, dem gewünschten Ziele näherzukommen.

Digitized by Google

Ich konnte mich dabei auf die Arbeiten von GAETHGENS (27) stützen, der mit karbolisierter Pallidasuspension ein hoch empfindliches, spezifisches Antigen gewonnen hatte, ein Antigen, das für meine Untersuchungen mir besonders aussichtsreich erschien. An über 7000 Versuchen hatte GAETHGENS seine Spezifität zeigen können, und es mußte so mit einiger Wahrscheinlichkeit gelingen, den Malariafehler zu beseitigen.

Um diese Frage nachzuprüfen, waren zwei Wege gegeben: Da es sich bei dem GAETHGENSschen Antigen um eine Pallidasuspension in 0,3%igem Karbol handeln sollte, so mußte es auch möglich sein, richtige Austitrierung vorausgesetzt, mit dem Luetin der Behring-Werke, das ja auch eine Spirochätenaufschwemmung in Karbol darstellt, zum Ziele zu kommen.

Anlehnend an die Ergebnisse von GAETHGENS (27) stellte ich mir daher verschiedene Suspensionen her, die ich dann gegenüber sicher positiven und negativen Luesseren austitrierte. Von den vielen Protokollen gebe ich nur eins wieder, das zur Genüge zeigt, daß die Reaktionen ganz paradox verlaufen. Während bald positive Seren ein negatives Ergebnis zeigen, zeigen auf der anderen Seite sicher negative vollständige Hemmung.

Diagnose	Positive Seren	Positive Seren	Positive Seren	Positive Seren
Versuchsanordnung .	0,1 S. 1 : 2 Spir.V. 0,5 Kompl. 1 : 10	0,1 S. 1 : 2,5 Sp.V. 0,5 Kompl.	0,1 S. 1 : 5 S.V. 0,5 Kompl.	0.1 S. 1 : 6 Sp.V. 0,5 Kompl.
WR	++++	++++	++	+

Diagnose	Negative Seren	Negative Seren	Negative Seren	Negative Seren
Versuchsanordnung .	0,1 S. 1 : 2 Sp. 0,5 Kompl.	0,1 S. 1 : 2,5 0,5 Kompl.	0,1 S. 1 : 5,0 0,5 Kompl.	0,1 S. 1 : 6 0,5 Kompl.
WR	++++	++++	++++	+++—

A priori läßt es sich nicht entscheiden, was an diesem vollständigen Versagen die Schuld trägt. Nachträgliche Untersuchungen im Dunkelfeld der Pallidasuspensionen des Sächsischen Serumwerkes wie auch der Behring-Werke ergaben aber zwei ganz verschiedene Bilder. Während die Spirochäten des Behring-Werkes noch eben an das Bild erinnern, wie wir es sonst auch im Dunkelfeld zu sehen gewohnt sind — die Windungen sind steil, der Leib selbst ist zart —, sind die Spirochäten des Sächsischen Serumwerkes — es handelt sich um die Stämme von REITER — um ein vielfaches dicker und länger, und von typischen Windungen kann kaum noch die Rede sein.

Es würde zu weit führen, auf die morphologischen Verschiedenheiten der beiden Spirochätenstämme hier näher einzugehen. Nach meiner Ansicht kann damit aber nicht das Versagen der Suspension des Behring-Werkes erklärt werden.

Aber bei genauer Betrachtung der Bilder zeigt es sich, daß Nährbodenbestandteile in der Suspension des Sächsischen Serumwerkes im Gegensatz zu der des Behring-Werkes kaum vorhanden sind. Ich möchte daher annehmen, daß die Näh-

Digitized by Google

bodenbeimengungen am ehesten Schuld an dem unspezifischen Verhalten des Antigens der Behring-Werke trägt.

Waren also auch diese Versuche gescheitert, so blieb nur übrig, auf das Antigen vom Sächsischen Serumwerk, mit dem GAETHGENS (22) selbst gearbeitet hatte, zurückzugreifen. Eigene Versuche mit den mir von GAETHGENS (22) liebenswürdigerweise überlassenen Pallidasuspension ergaben eine völlige Übereinstimmung mit den in der Klinik sonst gebrauchten Extrakten.

Protokolle vom 29. IV. 1920
Pallidaextrakt S.-S.-W. in 0,3 Karbol-NaCl

Diagnose	Positive Seren	Positive Seren	Positive Seren	Positive Seren	Neg. Seren	Neg. Seren	Neg. Seren	Neg. Seren
Pallidaextr. S.-S.-W.	++++	++++	++++	++++	−	−	−	−
WR	++++	++++	++++	++++	−	−	−	−
Flockungs-Reaktion	+++	++	+++	++	−	−	−	−

Da einmal der Extrakt im Handel nicht zu haben war, und da ich ferner ein möglichst objektives Urteil bekommen wollte, wurde in regem Gedankenaustausch mit Herrn Prof. GAETHGENS, dem ich für seine Mühewaltung zu großem Danke verpflichtet bin, vereinbart, daß zunächst ihm dauernd Malariaseren geschickt würden, die hier vorher auf ihre positive Hemmung kontrolliert waren.

Bei weiteren Versuchen zeigte es sich, daß das Pallida-Antigen zweifellos empfindlicher ist, als der sonst übliche Extrakt.

Es wird sich bei diesem Antigen nicht vermeiden lassen, jedesmal in einem besonderen Vorversuch den Extrakt gegenüber einem sicher positiven und einem sicher negativen Serum einzustellen, eine Ansicht, die übrigens GAETHGENS in seinen Arbeiten besonders hervorhebt, und schon aus diesem Grunde schien mir der oben angezeigte Weg der zur Zeit beste zu sein.

Bei allen serologischen Untersuchungen spielt eben doch die subjektive Einstellung des Untersuchenden eine gewisse Rolle. Bekomme ich z. B. ein Serum, das nur eine schwache Hemmung zeigt, bei dem aber der klinische Befund auf eine sichere Lues III hinweist, so werde ich eher geneigt sein, die Reaktion als schwach positiv herauszugeben als wenn ein negativer klinischer Befund vorliegt. Aus diesem Grunde gewinnen diese Untersuchungen ein besonderes Interesse, weil die meisten Seren ohne klinische Angaben überwiesen wurden, so daß an dem objektiven Ergebnis nicht zu zweifeln ist.

Fasse ich nun das Wesentliche des dritten Teiles der Arbeit zusammen, so ergibt sich, daß mit Hilfe des Pallida-Antigens es gelungen ist, eine Differenzierung zwischen luetischen und Malariaseren weitgehendst zu erzielen. Hatten bisher fast alle Malariaseren positiv reagiert, so war mit der Pallidareaktion nur eine Hemmung in Ausnahmefällen zu verzeichnen (siehe Tabelle). Worauf diese beruht, ist nicht ohne weiteres zu entscheiden. Wenn aber GAETHGENS sagt, daß ohne Karbolzusatz ein geeignetes Antigen nicht zu erzielen ist, so ergibt sich schon aus dieser Tatsache allein, daß auch dieser Extrakt nicht streng spezifisch sein kann, und daß somit unspezifische Hemmungen möglicherweise auch vorkommen können.

Digitized by Google

Nr.	Klinisch	WR	MR	Pall.-R.	WR	SGR	MR	Sachs
1	Go. + Mal.	++ + ++ +++ −	−	−	+++	+	−	+++
2	Go. + Mal.	− − + −	−	−	++	−	−	+++
3	Go. + Mal.	+++ −	−	+++	+++	−	−	+++
4	Go. + Mal.	++++	−	−	−	−	−	−
5	Go. + Mal.	++++	−	−	+++	−	−	+++
6	Go. + Mal.	++	−	−	−	−	−	−
7	Go. + Mal.	−	−	−	−	−	−	−
8	Go. + Mal.	++++ ++++	−	−	−	−	−	+++
9	Go. + Mal.	++++	−	−	−	−	−	+++
10	Go. + Mal.	++++	−	−	−	−	−	++
11	Go. + Mal.	++++	−	−	+++	−	−	+++
12	Go. + Mal.	+++ K. ++++	−	−	++ K. ++	−	−	+++
13	Go. + Mal.	++	−	+	++ K. +	−	− −	++
14	Go. + Mal.	++++	−	−	+++	−	+	++
15	Go. + Mal.	+++ ++	−	−	+++	−	−	++

Ob es sich bei dieser Reaktion nun um eine echte Immunitätsreak handelt, oder ob wir auch hier nur sekundäre Vorgänge nachweisen, da ist eine Frage, die in diesem Zusammenhang nicht mehr erörtert wer den kann.

Zusammenfassung

Nachdem ich im ersten Teil der Arbeit versucht habe, die einzelne Theorien der WR kritisch zu besprechen, komme ich zu dem Schluß, da auch jetzt noch nicht diese Theorien so gut fundiert sind, um Rück schlüsse aus der Praxis entbehren zu können. Wenn ich dann im zweiten Teil versucht habe, den Malariafehler bei der WR an sicher luesfreien Patienten festzustellen, so geschah dies, weil in der Literatur gerade hier über noch keine einheitliche Stellung besteht. In Übereinstimmung mit meiner früheren Publikation ergab sich, daß eine positive Reaktion fast ausnahmslos bei akuter Impfmalaria aufzutreten pflegt. Es besteht kein Grund zu der Annahme, daß eine Differenz in den Befunden bei Impf malaria und autochthoner Malaria auftritt. Da nun der Malariafehler zu diagnostischen Irrtümern Veranlassung geben kann, wurde versucht diesen nach Möglichkeit auszuschließen. Nachdem festgestellt worden ist daß alkoholische Spirochätenextrakte nicht zum Ziele führen, sind ver schiedene karbolisierte wässerige Spirochätenextrakte einer Prüfung unter zogen worden. Es gelang, zu zeigen, daß mit den Pallidasuspensionen des Sächsischen Serumwerkes eine Differenzierung fast restlos gelingt. Dann eröffnen sich für die Diagnosenstellung und für die Differenzierung neue und wie ich glaube, sichere Wege.

Digitized by Google

Literatur

1. KLOPSTOCK, A., Zur Theorie und Praxis des serologischen Luesnachweises. Nervenarzt, 1928, Jg. 1, H. 3, ref. Zbl. Hautkrkh., Bd. 27, S. 530. — 2. MEYER, F., Wesen der WR. Z. Immun.forschg., 1921, Orig.-Bd. 31. — 3. KROÓ, H., u. SCHULZE, Untersuchungen über Immunitätsvorgänge bei Syphilis. Kl. W., 1928, Nr. 6, S. 246. KROÓ, H., Untersuchungen über Immunitätsvorgänge bei Syphilis. Kl. W., 1928, Nr. 13, S. 600. KROÓ, SCHULZE u. ZANDER, Immunitätsvorgänge bei Syphilis II. Syphilitische Blutveränderungen. Kl. W., 1929, Nr. 17, S. 783. — 4. WEISBACH, W., Ergebnisse physikalisch-chemischer Untersuchungen beim serologischen Luesnachweis. Erg. Hyg., 1925, Bd. 7, S. 616—640. — 5. TAKENOMATA, Über nichtspezifische Komplementbindungserscheinungen und ihre Abhängigkeit von der Kolloidlabilität des Blutserums. Z. Immun.forschg., Jg. 1924, Bd. 41. — 6. FRIEDEMANN, U., Experimentelle Untersuchungen zur Theorie der WR. Z. Hyg., 1910, Bd. 67, S. 278. — 7. SCHUIRINGA, A. J., u. S. KASPENBERG, Über die Rolle des Globulins und des Albumins bei der Reaktion von SACHS-GEORGI. Z. Immun.forschg., Jg. 1925, Bd. 42, S. 300. — 8. KASPENBERG, P., Untersuchungen über die Bedeutung der Globuline bei der WR. Z. Immun.forschg., 1921, Orig.-Bd. 31. — 9. LANDSTEINER u. MÜLLER, Über die Globulinnatur der Reagine im Luetikerserum. W. kl. W., 1908, Nr. 29. — 10. GROSS u. VOLK, Serodiagnostische Untersuchungen bei Syphilis. W. kl. W., 1908, Nr. 18, S. 647. — 11. BAUER u. HIRSCH, Wesen der WR. W. kl. W., 1910, Nr. 1. — 12. ELIAS, NEUBAUER, PORGES u. SALOMON, Ursache der besonderen Reaktion syphilitischer Sera. W. kl. W., 1908, Nr. 11. — 13. HERZFELD u. KLINGER, Zur Chemie der serologischen Luesreaktionen. M. m. W., 1917, Nr. 46. — 14. STERN, R., Über den Mechanismus der serologischen Luesreaktionen. Kl. W., 1923, Nr. 30, S. 1411. — 15. KASPENBERG, S., Die Rolle der Globuline bei der WR und bei der Reaktion von SACHS-GEORGI. Z. Immun.forschg., Jg. 1924, Bd. 39, S. 10. — 16. OELLER, H., und M. SCHIERGE, Zur theoretischen Bewertung der mit den Serum-Eiweißfraktionen angestellten Versuche über die WR. Z. Immun.forschg., Jg. 1923, Bd. 36, S. 59—67. — 17. BAUMGÄRTEL, Die Seradiagnostik der Syphilis im Lichte neuer Forschung. Erg. Immun.forschg., 1922, Bd. 5, S. 482. — 18. GLOOR und KLINGER, Lipoidahnungsreaktion syphilitischer und normaler Seren. Z. Immun.forschg., 1920, Orig.-Bd. 29. — 19. DONGES, Über den Einfluß bakterieller Infektionen des Blutserums auf den Ausfall der Komplementbindungsreaktion. Z. Hyg., 1913, Bd. 75. — 20. SACHS, H., Zur Theorie des serologischen Luesnachweises. Med. Klin., Jg. 1923, Nr. 35, S. 1200. — 21. FELKE, H., Untersuchungen über die Rolle der Albumine und Globuline in der serologischen Luesdiagnostik. Z. Immun.forschg., 1925, Orig.-Bd. 32. — 22. RENDONI, PIETRO, Sul meccanismo genetico Della reazione di Wassermann (Über den Entstehungsmechanismus der WR). Ref. Zbl. Hautkrkh., Jg. 1923, Bd. 8, S. 50. — 23. FORSTMANN, Die Abhängigkeit der WR von den Globulinen. Biochem. Z., Jg. 1926, Bd. 177, S. 243. — 24. BRUCK, C., Handbuch der Serodiagnose der Syphilis. Springer, Berlin 1924. — 25. SACHS, H., Handbuch der Serodiagnose der Syphilis, S. 18. Springer, Berlin 1924. — 26. SIMIC, T. V., Einige neue Gesichtspunkte der Serodiagnostik der Syphilis und ihre praktische Anwendung. Ref. Zbl. Hautkrkh., 1925, Bd. 15, S. 85. — 27. GAETHGENS, W., Über die Wirkung von Kallidasuspensionen in karbolisierter Kochsalzlösung. Med. Kl., Jg. 1929, Nr. 10. — 28. v. WASSERMANN, A., Neue experimentelle Forschungen. Berl. kl. W., Jg. 1921, Nr. 9. — 29. MUCH, H., Die Immunitätswissenschaft, S. 113—114. Curt Kabitzsch 1911. — 30. NIEDERHOFF, PAUL, Zur Frage der antigenen Eigenschaften von Organlipoiden. D. m. W., 1921, Jg. 47, Nr. 43. — 31a. MUCH, H., u. SCHMIDT, H., Lipoidantikörper und WR. M. m. W., 1921, Nr. 20. — 31b. SCHMIDT, H., Zur Biologie der Lipoide mit besonderer Berücksichtigung ihrer Antigenwirkung. Curt Kabitzsch, Leipzig 1922. — 32. BACHMANN, W., Beziehungen zwischen Organabbauprodukten und WR. Z. Immun.forschg., 1921, Orig.-Bd. 33, H. 3. — 33. SEKI, T., Zur Kenntnis der WR-Substanz. Z. Immun.forschg., Jg. 1924, Bd. 40. — 34. SAHCS, H., KLOPSTOCK, A., u. A. J. WEIL, Die Entstehung der syphilitischen Blutveränderung. D. m. W., 1925, Jg. 51, S. 589—592. — 35. LANDSTEINER, KARL, Über heterogenes Antigen. Ref. Zbl. Hautkrkh., Jg. 1922, Bd. 4, S. 117. Vgl. auch Nr. 34. — 36. KLOPSTOCK, FELIX, Die Entstehung der syphilitischen Blutveränderung und die Eigenschaften eines Spirochätenimmunserums. D. m. W., 1926, Jg. 52, Nr. 35. — 37. GRIESBACH, R., Zur Theorie der WR. M. m. W., 1924, Jg. 71, Nr. 19, S. 607. — 38. ORNSTEIN, FRANZ, Über das antigene Vermögen der Lipoide. W. kl. W., 1926,

Digitized by Google

Jg. 39, S. 785. — 39. HECHT, A., u. SCHUBERT, Über das Zustandekommen der syphilitischen Blutveränderungen. D. m. W., 1925, Jg. 51, S. 2151. — 40. CUCCIA, V., La produzione spermicutale Della propueta sifilitica del siero (Die künstliche Erzeugung der syphilitischen Serumeigenschaft). Ref. Zbl. Hautkrkh., Jg. 1927, Bd. 22, S. 814. — 41. ABADJIEFF, BORIS, Über antigene Eigenschaften von Gehirnlipoiden. Z. Immun.forschg., 1928, Bd. 54, S. 507—517. — 42. GENNERICH, Lymphdrüsenfermente als Träger der WR. M. m. W., 1921, Nr. 20. — 43. BERGEL, Die Syphilis im Lichte neuer experimentell-biologischer und immun-therapeutischer Untersuchungen. Gustav Fischer, Jena 1925. BERGEL, S., Zur Frage der Entstehung der syphilitischen Blutveränderung. D. m. W., 1926, Jg. 52, Nr. 34. — 44. KAHN, Kritik der Methode der WR. Oldenbourg, München und Berlin 1917. — 45. SCHÜFFNER, W., Z. Hyg., 1912, Bd. 72. — 46. HINSCH, S., WR bei Malaria. Z. Hyg., 1917. — 47. BAERMANN u. WETTER, WR bei Tropenkrankheiten. M. m. W., 1910. — 48. BÖHM, Malaria und WR. Ref. M. m. W., 1909, Nr. 16, S. 829. — 49. ASBELEW, W. N., Ein Beitrag zur WR bei Malaria. Zbl. Bakter., 1925, Abt. 1, Bd. 96, H. 2, S. 114—118, ref. Zbl. Hautkrkh., Bd. 19, S. 780. — 50. MEYERSTEIN, Untersuchungen bei Malaria. M. m. W., 1917, Nr. 11. — 51. HEHEWERTH, F. H., u. W. A. KOP, Malaria und Tropenkrankheiten und Serumreaktion. Ref. Zbl. Hautkrkh., Bd. 1, S. 68. — 52. BUSINEO, S., u. G. FOLTZ, Syphilis und Malaria, Wert der biologischen Untersuchungsmethoden. Ref. Zbl. Hautkrkh., 1925, Bd. 15, S. 91. — 53. DOWNS ME KEAN, WR in non-luetic casei. Ref. Zbl. Hautkrkh., 1923, Bd. 7, S. 248. — 54. JAKOBSTHAL u. ROCHA D'LIMA, WR bei Malaria. Dermat. Wschr., 1919, Bd. 58, Erg.-Bd. — 55. NAGELL, H., u. LANGHANS, J., Impfmalaria und WR. Med. Klin., 1928, Nr. 10. — 56. KROMAYER u. TRINCHESE, Der verfeinerte Wassermann. Med. Klin., 1912, Nr. 41, S. 1670. — 57. PÖHLMANN, Über die Bedeutung der quantitativen Auswirkung der WR. Arch. f. Dermat., 1926, Bd. 151, S. 241. — 58. FELKE, H., Die WR mit erhöhten Serummengen. M. m. W., 1927, Nr. 40, S. 1702. — 59. HOPF, G., Wassermann und Meinicke-Reaktion nach der Impfmalaria bei luesfreien Patienten. Dermat. Wschr., 1928, Nr. 15, S. 504. — 60. MAYER, J., Die WR bei der Malaria. Med. Klin., 1927, Nr. 3. — 61. DE BLASI, Zitiert nach JAKOBSTHAL und ROCHA D'LIMA. Dermat. Wschr., 1914, Ergänzungsheft. — 62. HEINEMANN, Malaria und WR. M. m. W., 1921, Nr. 48. — 63. STEIJECHI, WR bei latenter WR. Ref. Zbl. Hautkrkh., 1924, Nr. 10, S. 189. — 64. HOROWITZ u. L. WLASSOWA, Experimentelle Beiträge zur Frage der Malaria-Immunität. (Spezifische Komplementablenkungsreaktion bei Malaria.) Z. Immunforschg., 1924, Bd. 40, H. 3. — 65. HOFFMANN, Beiträge zur Reinzüchtung der Spirochaete pallida. Z. Hyg., 1911, Bd. 68, S. 23. — 66. NAHANO, Über Immunisierungsversuche mit Spirochätenreinkulturen. Arch. f. Dermat., 1913, Bd. 115, S. 265. — 67. KOLMER, JOHN A., WILLIAMS, WILLIAM WHITRIDGE, u. ERNEST E. LAUBAUGH, As study complement fixation in syphilis treponema antigens. Ref. Zbl. Bakt., 1914, Bd. 59, S. 531.

Zur Behandlung schmerzhafter und juckenerregender Dermatosen

Von

Dr. WERNER FREISCHMIDT in Charlottenburg

Als einen Beweis, wie wenig sich die Therapie sowohl des primären Pruritus wie auch der ähnlichen mit pathologischen Veränderungen einhergehenden Hauterscheinungen bisher vervollkommnet hat, kann man die große Zahl der angewandten Methoden und die überreiche Menge der gegenwärtig im Handel befindlichen Präparate betrachten. Abgesehen von der rein mechanisch wirkenden Therapie der verschieden temperierten Bäder und Waschungen, der mannigfachen Bestrahlungsarten, sowie der Anwendung von schnell verdampfenden und durch Wärmeentziehung anästhesierenden Substanzen, deren Wirkung von nur kurzer Dauer ist, hat sich auch die Behandlungsweise mit den gebräuchlichen narkotischen Analgetizis: Morphin, Atropin, Bromkali und Chloral, abgesehen von der Gefahr der Gewöhnung, nur als eine rein palliative erwiesen.

Digitized by Google

In diesem Sinne äußert sich auch Ziehler, der seine Erfolge bei der Anwendung interner Mittel außerordentlich skeptisch beurteilt. Kromayer hält gleichfalls die Wirkung der Sedativa für schnell vorübergehend und ihre Verwendung durch die Aussicht auf dauernde Steigerung der Dosierung für gefährlich. Übereinstimmend sieht die Mehrzahl der Autoren die Verwendung von Anästheticis in Verbindung mit einer Salbengrundlage oder als Mixtur zur äußeren Applikation als die zweckmäßigste Behandlungsform an.

Wenngleich es natürlich selbstverständlich ist, bei allen mit Pruritus verbundenen Hauterkrankungen zunächst die ätiologischen Momente zu berücksichtigen, so werden wir doch bei der außerordentlichen Belästigung der Patienten in den meisten Fällen gezwungen sein, uns, abgesehen von der kausalen, sogleich auch mit der symptomatischen Behandlung des Hautjuckens zu beschäftigen. Neben der bisher zur Verfügung stehenden Auswahl bekannter Spezifika, wie Karbol, Naphthol, Menthol, Teer und Sandelöl, deren zuverlässige Wirkung von Lesser noch ganz allgemein stark in Zweifel gezogen wird, wurde ich auf ein neues Präparat aufmerksam gemacht, das mir die Firma Dr. E. Ritsert, Frankfurt a. M., zu Versuchszwecken zur Verfügung stellte. Es handelte sich um einen Para-aminobenzoesäureäthylester, den Ritsert im Jahre 1890 herstellte und unter dem Namen Anästhesin, innerlich als Spezifikum bei Gastralgien und Prophylaktikum gegen Nausea, äußerlich als lokales Anästhetikum bei schmerzenden Wunden und Parästhesien der Haut herausgab. Das später hergestellte p.-phenolsulfosaure Anästhesin wurde infolge seiner leichten Löslichkeit, nach Beckers Angaben, mit Erfolg zu subkutanen Injektionen verwendet. Eine weitere Vervollkommnung fand das Präparat durch Anfügen der Jodkomponente als jodphenolsulfosaures Anästhesin, das nunmehr unter der Bezeichnung „Anästheform" in Verbindung mit einer Salbengrundlage, als Anästheform-Vaselin, wie Fürst berichtet, außer seiner anästhesierenden, auch antibakterielle Wirkungen auslösen sollte. Ich habe zunächst einmal das Präparat prinzipiell in allen Fällen, wo es sich um juckende Hautaffektionen handelte, angewandt und habe dabei feststellen können, daß sich eine bestimmte Kategorie von Dermatosen heraussonderte, die in hervorragendem Maße auf das Mittel reagierte, eine zweite Gruppe, die vorteilhafte, und eine dritte Gruppe, die schwache oder gar keine nachweisbare Beeinflussung der subjektiven Symptome zeigte. Zur ersten Gruppe rechne ich die schmerzenden Hautverletzungen aller Art, ferner Ulzerationen, ekzematöse Variationen, Rhagaden, Dermatitiden mechanischen und allergischen Ursprungs, Herpes, Erysipel und vor allem Hämorrhoidalbeschwerden. In die zweite Gruppe gehören die verschiedenen Formen des primären Pruritus, die Neurodermatosen. Unbeeinflußt blieben postskabiöser Juckreiz, die analen Juckerscheinungen bei Oxyuriasis und die genitalen bei Phthyrii, so daß wir in Anästheform ein differentialdiagnostisches Adjuvans für die Beurteilung der Dermatosen als parasitäre oder nicht parasitäre besitzen. Daß bei der Anwendung des Anästheform nicht nur eine fast völlige Aufhebung des Juckreizes, sondern auch eine außerordentlich gute Beeinflussung des Heilungsverlaufs erzielt wurde, führe ich auf die antibakterielle Wirkung des Jodgehalts zurück, die sich in auffallend schneller Wundreinigung und Epithelisierung zeigte.

Das Präparat wurde als Anästheform-Vaselin mit 5, 10 und 20% Anästheformgehalt angewandt.

Versammlungen

Tagung der Niederländischen Vereinigung von Dermatologen und der Vereinigung rheinisch-westfälischer Dermatologen in Köln

Sitzung vom 25. und 26. Mai 1929

Krantz: Tuberkuloseimmunität und Hauttuberkulose (erschien in Derm. W.).

E. Hoffmann macht auf die Superinfektion aufmerksam, die nicht nur beim Lupus, sondern auch beim Leichentuberkel mitsprechen kann.

Krantz: Die Frage der Lupusentstehung ist zu kompliziert, um in wenigen Sätzen klargelegt zu werden. Krankheitserscheinungen nach Superinfektion kommen vor, z. B. Tuberculosis verrucosa, sind aber selten, bei Hamburger Schlachthofpersonal etwa 3%.

Hoffmann, E.-Bonn: Gibt es Mischformen von erworbener und angeborener Säuglingssyphilis?

Digitized by Google

Hermans-Rotterdam: Framboësie und Syphilis.

Sekundäre Erscheinungen treten 1—3 Monate nach dem Primäraffekt auf. Das tertiäre Statium ist erst in den letzten 20 Jahren anerkannt und von der Lues III abgegrenzt worden. Die Erscheinungen sind serpiginöse, oberflächliche oder tiefe Geschwüre und dadurch bedingte schwere Entstellungen und Funktionsstörungen. Gelenk-, Knochen- und Sehnenscheidenerkrankungen, Rhinopharyngitis und Nodosités juxta-articulaires. Die inneren Organe bleiben frei; sehr selten Iritis und Keratitis; Gehirnaffektionen, Tabes und Paralyse, kongenitale Framboësie kommen nicht vor.

Kayser vertritt die Unitätslehre der beiden Krankheiten.

Van der Valk-Groningen: Zwei besondere Fälle von Hautkrebs.

Bei einem 15jähr. Knaben hatte sich innerhalb 6 Jahren auf der Nase ein durch Behandlung unbeeinflußbares Geschwür gebildet. Großer Defekt des rechten Nasenflügels und der Wange mit scharfem, blaurotem Rande; erbsengroße Unterkieferdrüse. Probeexzision aus dem erodierten Oberrande: Basalzellenkarzinom. — 63jähr. Mann, unterhalb des Auges ein 1 cm breites, oberflächliches, schlecht granulierendes, druckempfindliches Geschwür mit unregelmäßigem, blau verfärbtem, unterminiertem, breiartig weichem Rande; dünne, blutige Sekretion. Probeexzision aus dem lateralen Rande: Epitheliom, außerdem eigentümliche, protoplasmareiche, runde und ovale Zellen mit einem oder mehreren kleinen Kernen, z. T. Riesenzellen. An einer Stelle sarkomähnlicher Bau, an anderen Gruppen von Naevuszellen, die teilweise noch deutliche Abgrenzung der Zellnester, teilweise zahlreiche Naevusriesenzellen, teilweise Übergang in Karzinom aufwiesen, atypisches Naevokarzinom.

Fischer (Hautklinik Köln): Follikuläre Hautveränderungen.

Scharlachrot, Mäusen mit Futter einverleibt, gelangt über die Körpersäfte in die Nährsubstrate für die Hautdrüsen und wird von diesen ausgeschieden. Längere Fütterung führt zu Haarausfall. Die Talgdrüsenzellen bilden sich um, nehmen den Charakter undifferenzierter Follikelepithelien an und schwinden schließlich ganz. Um das Haar bildet sich eine Hornlamelle, es fällt aus; die Follikelepithelien geraten in geschlossene Wucherung, das Zentrum dieses Akanthoms verwandelt sich in eine dicke Hornmasse. Bei Rückkehr zu normaler Fütterung Wiederherstellung des normalen Zustandes, Talgdrüse und Haar bilden sich wieder. Gelegentlich beobachtet man sprossenartige Wucherungen, aber stets im geschlossenen Zellverband im Gegensatz zu den Befunden bei Teerfütterung. Demnach ist der Effekt auf die Follikelwand bei Einwirkung von außen und innen her gleich. Von Verstopfung und dadurch bedingter sekundärer Dilatation der Follikel kann keine Rede sein. — Beim Naevus keratinosus follicularis sind die klinisch als Komedonen imponierende Gebilde in epithelialen Einbuchtungen liegende Hornpfröpfe; vielfach finden sich abortive, geschlossene Epithelsprossungen ohne Atypie der Zellen. Es handelt sich dabei um primäre Epithelkeime der Haut, bei denen sich infolge einer Entwicklungshemmung das Follikelepithel nicht differenziert hat, sondern funktionell auf einer niederen Stufe geblieben ist. Gehen die Komedonennaevi auf Handteller und Fußsohlen über, so senken sich follikuläre Hornpfröpfe in die Ausführungsgänge von Schweißdrüsen; man sieht von dem Grunde der Hornbuchten aus meist einen dünnen Gang, der gleich zum gewundenen Drüsenkörper geht. Vortr. fand solche Buchten, bei denen das Epithel in der Tiefe dünn blieb und irgend eine Verbindung mit einer Schweißdrüse nicht bestand. Hier ist entweder der primäre Keim der Schweißdrüse in seiner ganzen Ausdehnung so verändert, daß er verhornt und es am unteren Ende gar nicht zur Bildung einer Schweißdrüse kommt, oder es handelt sich um in der Entwicklung abortiv gebliebene primäre Epithelkeime. Es muß auch beim Menschen das Auftreten von Analogen primärer Epithelkeime in Handflächen und Fußsohlen unter bestimmten Verhältnissen angenommen werden.

Van Kerckhoff-Leiden: Mitteilungen über Untersuchungen der Psoriasis.

Löwenberg-Düsseldorf: Graviditätsdermatose.

30jähr. Frau, zweite Gravidität im 3.—4. Monat. Vor 9 Wochen erythematös-bullöser Herd an der Stirn. Danach Auftreten des Herdes an der linken Halsseite, wasserklare, langsam eintrocknende Bläschen auf erythematösem Grunde; peripherer Ausbreitung in nicht genauer Kreisform unter zentraler Abheilung mit brauner Pigmentierung. Zur Zeit scheint sich der etwa handtellergroße Herd, an dem in der Peripherie noch einige Bläschen zu sehen sind, nicht mehr auszubreiten. Seit 8 Tagen auf der rechten Halsseite — symmetrisch zu dem auf der linken — ein neuer Herd mit Bläschen wie bei Herpes iris.

Digitized by Google

E. Hoffmann nimmt eine Art Erythema perstans an, Zusammenhang mit dem normalen Verlauf der ersten Schwangerschaft nicht sicher.

Stühmer möchte den Fall wegen des anscheinenden Zusammenhanges mit endokrinen Vorgängen in die Nähe der Rosazea einreihen.

K. Herxheimer lehnt diese Diagnose wegen des erhabenen gyrierten Randes ab.

Schreus (Hautklinik Düsseldorf): Poikilodermieartige Veränderungen mit Hornschwielenbildung bei zwei Geschwistern.

Erkrankt sind aus einer Familie mit 8 Kindern (Eltern nicht blutsverwandt) ein Bruder und eine Schwester. Erscheinungen bei dem Manne seit 5. Lebensjahre; wo er sich an den Händen stößt, Hornschwielen. An den Streckseiten der Extremitäten, neben teleangiektatischen Rötungen, an Röntgendermatitis erinnernde, atrophische Veränderungen, dunkle fleckige Pigmentierungen und follikuläre Keratosen, die zum Teil Hornpfröpfe tragen; dazwischen weiße atrophische Stellen. Penis und Skrotum pigmentiert. An Gesicht und Hals gleiche Veränderungen; besonders an den Ohrmuscheln Teleangiektasien und Erosionen. Am Lippenrot Pigmentierungen. Histologisch kein Befund für Poikilodermie: follikuläre Hyperkeratose mit Atrophie. Pirquet +, keine Hämatoporphyrinurie. Auf Handflächen und -rücken Hornschwielen, runde, bis bohnengroße, klavusartige, einem violetten Walle aufsitzende Erhabenheiten. Histologisch Akanthose und Papillomatose.

Siemens hält den Fall nicht für Poikilodermie; die Keratosen erinnerten an die von Jadassohn, Lewandowsky und ihm beschriebene multiforme Dyskeratose.

E. Hoffmann: Die Schwielenbildung mit Trauma erinnere an Bullosis hereditaria, nur daß statt Abhebung Verdickung der oberen Hautschichten entstehe.

Zinsser bemerkt, daß möglicherweise das Krankheitsbild der Jacobischen Poikilodermie nicht einheitlich sei.

Müller-Mainz: Fast universelles Rhabdomyoma cutis.

55jähr. Mann. Mit Ausnahme von Kopf und Händen zeigt der Körper, den Hautleisten entsprechend, derbe, gelblichrosa gefärbte, vereinzelt wachsartige bzw. (am Rücken) strohweise, zum Teil lichenoide Erhebungen von Stecknadelkopf- bis Linsengröße. Vom Unterbauch an tiefer blaurote Färbung und, nach abwärts an Zahl zunehmend, fadenförmig verlängerte Hornstachel. In der Leistenbeuge strichförmig angeordnete, kleinste Hahnenkämme. An den Unterschenkeln punktförmige Hämorrhagien. Bei Reiben der Haut zinnoberrote Färbung und leichte Schwellung. Erythrozyten 7,8 Millionen, Hämoglobin 115%, Leukozyten 14000, sonst normal. Histologisch: im Korium herdförmig, vornehmlich perivaskulär angehäufte, vielfach anastomosierende Zellen vom Typus quergestreifter Myoblasten; keine ausgereiften Muskelfasern. — Ähnlich gebaute Geschwulstknötchen sind als umschriebene, nicht generalisierte Bildungen auch an physiologisch muskelfreien Stellen gelegentlich beschrieben.

Strempel-Bonn: 1. Erythrodermie nach Psoriasis vulgaris.

Stühmer berichtet über ein regionär symmetrisches Zurückgehen der Erscheinungen von Psoriasis universalis nach Kalomelinjektionen.

Hesse sah Erythrodermie bei Psoriasis im Anschluß an Röntgenbestrahlung der Thymus auftreten.

E. Hoffmann macht auf die Salizylempfindlichkeit des Kranken aufmerksam.

K. Herxheimer tritt für milde Behandlung bei universeller Erythrodermie ein.

2. Allgemeine Erythrodermie mit Atrophie der Haut, an Pityriasis rubra erinnernd.

Vollmer-Kreuznach: Mycosis fungoides.

59jähr. Frau; seit 2 Jahren braunrote Knoten an Stirn, Unterlippe, Wangen, Ohrläppchen, Brust, Rücken und Händen. Die Knoten liegen teils flächenhaft im Niveau der Haut, teils als kleine Tumoren über dasselbe; zwischen den Knoten die Haut rötlich verfärbt.

Baar-Kreuznach: Epidermolysis bullosa hereditaria.

20jähr. Mädchen; Eltern und Geschwister bis auf den ältesten Bruder gesund. Auf Reibung oder Druck innerhalb einer Stunde an Armen und Beinen Blasen mit serösem oder hämorrhagischem Inhalt; Nägel verkümmert. An den Streckseiten der Extremitäten Haut dünn, narbig.

Hoffmann, E.-Bonn: Xanthoma tuberosum multiplex bei 6 Monate altem Säugling.

Digitized by Google

Zurhelle-Bonn: 1. Zur Prophylaxefrage.

Demonstration eines Kaninchens mit Impfschanker am Hodensack, der sich nach ½ Minute langem Bestreichen der skarifizierten Haut mit der Schnittfläche eines an Spirochäten reichen Schankers (Nicholstamm) trotz sofortigem, ½ Minute langem Einmassieren einer 33⅓%igen Chininsalbe entwickelt hatte. Auch bei vorheriger Anwendung der Salbe und 5 Minuten danach folgendem Einreiben mit Schanker ist bisher in einem Falle Infektion eingetreten.

2. Lupus erythematodes disseminatus.

41jähr. Frau; an der Streckseite der Oberarme, an Gesicht und Unterschenkeln, an Unterarmen und Händen lebhaft gerötete, juckende, z. T. leichte Verhornung aufweisende Flecke und Papeln. Im Hautmikroskop kleinste Gefäßchen. Geringe Lymphozytose und 5% Eosinophile. Lungen frei. Pirquet negativ, Ektebin schwach positiv.

3. Pemphigus vegetans.

57jähr. Frau; seit März in den Leisten und am Genitale braune, mazerierte Wucherungen; krustöse Effloreszenzen in der Umgebung; Bläschen an Zunge und Zahnfleisch sowie in Wucherung übergehende Blasen in der Kreuzgegend. 5,4 Millionen Erythrozyten, 32000 Leukozyten, 27% Eosinophile. Pinseln mit 2%igem Trypaflavin, Bäder, Ovarialbestrahlung, Dysphagin gegen die Mundbeschwerden.

4. Lupus elephantiasticus.

62jähr. Frau. Elephantiasis mit harten Tumoren von blaßrötlicher Farbe und auf dem Durchschnitt markig weißer Beschaffenheit. Am Knie Lupusknötchen. Histologisch Lupus vulgaris. Röntgenologisch Zerstörung aller Fußwurzelknochen. Pirquet und Ektebin stark positiv.

Schmitz, H.-Bonn: 1. Lues gummosa III cranii mit Sequesterbildung.

53jähr. Mann, Infektion nicht bekannt. Jetzt knotige und ulzerierte Auftreibungen auf dem Kopfe. Spezifische Behandlung ab Dezember 1928, danach Besserung. Vor den Kuren Blut: WR 4, SG 2, DM 1; Liquor: Nonne und Pandy +, Zellen 15/3, Goldsol 1332210, Mastix 13310, WR von 0,5 an 4. Anisokorie und reflektorische Pupillenstarre.

2. Melkerknoten.

Auf beiden Handrücken des 23jähr. Mannes rotblaue, gedellte, linsengroße Knoten.

Dreyer-Köln: 1. Lupus erythematodes und Alopezie.

Seit 5 Jahren auf dem Kopfe drei markstückgroße Herde, vor 3 Jahren durch Krysolgan gebessert. Ringsum Ausfall der Haare. Hinweis auf die Auffassung von Santalow (diese Wschr., 88, 722), daß Alopezie atypisch verlaufender L. e. sei.

2. Naevi.

Von der linken Schulter über die Brust und über die rechte Rückenseite reichender Tierfellnaevus, der sich rechts bis zum Unterkiefer als flacher Pigmentnaevus fortsetzt; am Ohrläppchen und hinter dem rechten Ohr verrukös-papilläre Form. Hier auch mikroskopisch vereinzelte Haare und Haarbälge und geringe Pigmentierung der im Stroma gelegenen, gegen die Umgebung unscharf abgegrenzten Naevuszellhaufen.

Falkenstein-Köln: 1. Livedo racemosa.

2. Naevus Sutton.

Seit frühester Jugend bestehend.

3. Erythema gyratum simplex (Jadassohn).

21jähr. Pat., seit 3 Jahren, im Frühjahr kommend, im September verschwindend, ein auf den linken Unterarm beschränkter, jetzt auch auf den rechten übergreifender Ausschlag, aus juckenden, wenig erhabenen, blaßroten Kreisen bestehend.

Mosdzien-Essen: 1. Tuberkulid (Lupus erythematodes?) in flächenhafter Ausdehnung.

Um eine, nach Fraktur des Os frontale zurückgebliebene Fistel eine handtellergroße Hauterkrankung, rosarote Verfärbung und Schüppchenbildung. Histologisch Zellinfiltrate mit Riesenzellen, keine Nekrose.

2. Tuberculosis cutis colliquativa.

Nach Verbrennung Narbenbildung mit Kontrakturen, Lungentuberkulose; sie regelmäßig über den ganzen Körper verbreitet, bis walnußgroße, sezernierende Knoten. Histologisch Zellinfiltrate mit Riesenzellen und zentraler Verkäsung.

Gutmann-Wiesbaden: Zirkumskripte Hautamyloidosis.

71jähr. Frau; je ein Erkrankungsherd am Rücken und rechten Daumen. E...

Digitized by Google

etwas verdickt, mit grauen, trockenen Krusten bedeckt; schuppenfreie Partien blaßrot, bis bräunlich, etwas rauh. Histologisch: Hyper- und Parakeratose, Stratum lucidum überall, Stratum granulosum streckenweise fehlend; Wucherung des Rete Malpighi; Zellen des Stratum spinosum unregelmäßig, keine Interzellularbrücken, gelegentlich vielkernige Zellen; Basalzellenschicht nicht überall mehr zylinderförmig und in Pallisadenstellung, Epithel-Kutisgrenze ganz scharf; in der Regio papillaris und in den oberen Schichten der Pars reticularis Zell- und Kernreichtum, unbedeutende entzündliche Infiltration, reichlich Amyloid.

Zinsser-Köln: 1. Prurigo nodularis.

66jähr. Mann; an Schultern, Armen und Beinen, besonders Unterschenkeln, bohnengroße, erhabene, zentral erodierte, z. T. in Reihen hintereinanderstehende Krankheitsherde, dazwischen Kratzeffekte und glatte weiße Narben mit pigmentiertem Rand.

Bering berichtet über einen seit mehreren Jahren unverändert bleibenden, durch nichts zu beeinflussenden Fall; ein zweiter starb an Leberkarzinom.

Schuster beobachtete bei einem 20 Jahre lang unbeeinflußbaren Kranken vorübergehendes Schwinden einer tiefen Phlegmone.

K. Herxheimer erinnert an einen Fall von Prurigo nodularis, die infolge Umwandlung eines Tumors in Karzinom tödlich ausging.

2. Tuberculosis subcutanea.

24jähr. Mädchen; aus der Tiefe aufsteigende, zum Teil erweichende und aufbrechende, zum Teil wieder zurückgehende Knoten bis zu Walnußgröße am Unterschenkel.

Grütz diagnostiziert Pernionen.

Stühmer weist demgegenüber darauf hin, daß es sich bei solchen Fällen um sekundäre Lokalisationen von Tuberkulose in durch Stauung, Kälte, endokrine Störungen gefäßgeschädigten Hautbezirken handele.

Mendes da Costa glaubt nicht, daß die Kälte allein die Entstehung erkläre und hält den Fall für Erythema induratum.

3. Chrysarobinverfärbung der Haut über den Venen.

Psoriasiskranke, die nach 1%iger Chrysarobinzinkpaste Verfärbung über den Venen der Vorderarme aufweisen; sie tritt nur bei einzelnen ein, ist nicht durch das Durchscheinen der Venen vorgetäuscht und nicht abwaschbar.

Krantz-Köln: Kranke mit Dermographismus niger.

Er tritt bei beliebigen Menschen auf, wenn die Haut mit Zincum oxydatum gepudert ist.

Ferner wurden aus der **Hautklinik Zinsser** folgende Fälle gezeigt.

4 Fälle von **Darierscher Krankheit**, 3 Männer im Alter von 28, 29 und 35, 1 Frau von 59 Jahren.

2 Fälle von **Dermatitis herpetiformis**, ein 56jähriger, seit 1920 in Schüben erkrankter, dazwischen periodisch vollständig beschwerdefreier Mann und ein 6jähr. Knabe; dieser erkrankte im August 1926 an ausgedehntem Blasenausschlag, der auf einen Tropfen Jodtinktur innerlich sich akut verschlimmerte und im Frühjahr 1928 während einer Neosalvarsanbehandlung abheilte.

Schambergsche Krankheit an den Unterschenkeln eines Mannes; außer 106% Hämoglobin und 6,38 Millionen Erythrozyten Blutbild normal.

Neurofibromatosis.

Pemphigus.

Beginn Dezember 1928 mit Augenentzündung, danach Blasen. Fast dauernd Bläschen an den Konjunktiven; rechts Symblepharon.

2 Fälle von **Lupus vulgaris**, ein ausgebreiteter, unter Bogenlichtbädern gebesserter **s. serpiginosus** und ein 10jähr. Knabe mit Hilustuberkulose, **Lupus** am Fuß und **Lichen scrofulosorum.**

4 Fälle von **Lupus erythematodes**: 1. handtellergroßer Herd auf der Kopfhaut; 2. Herde an Nase und Wangen; 3. 37jähriger, vor 8 Monaten akut erkrankter Mann mit Befallensein des Kopfes; nach Ponndorf Herdreaktion; 4. seit 6 Jahren bestehende Herde am Ohr und der Stirn von psoriasiformem Aussehen.

Folliculitis decalvans.

Atherome an den Ohren, von anderer Seite als Tophi diagnostiziert.

Radiäre Lippennarben bei einem 6jähr. Knaben mit **Lues congenita.**

Seit Jahren bestehende **Sycosis simplex**; Versuch mit Diät.

Digitized by Google

Mycosis fungoides.

60jähr. Mann, seit 30 Jahren juckende Stellen an den Armen; jetzt tomatenähnliche Tumoren.

Mycosis fungoides (?).

51jähr. Mann; seit 14 Jahren unauffälliger Herd am linken Ohr; später an anderen Stellen des Gesichts; in der Umgebung des Auges, Nasenrücken, Wange und Stirn ein handflächengroßer, bläulichroter, nässender Herd, an der linken Halsseite krustenbedeckte, ekzemartige Herde. An Rumpf, Armen und Beinen bräunliche, gruppierte, stecknadelkopfgroße, follikuläre, auf Glasdruck nicht ganz schwindende, teilweise krusten- und schuppenbedeckte Flecke. Auf Tuberkulin keine Herdreaktion. Histologisch polymorphes Infiltrat mit Eosinophilen.

Fall zur Diagnose.

30jähr. Mädchen; seit 22. Lebensjahre fleckige Hyperpigmentierung, Kopfhaar spröde und brüchig, teilweiser Augenbrauenausfall, Hyperkeratosen an Handtellern und Fußsohlen. Von Arsengebrauch nichts bekannt.

Alopecia areata totalis mit Nagelveränderungen.

Acrodermatitis atrophicans im Anschluß an Verletzung.

1923 Knochensplitterung des rechten 4. Fingers; operative Streckung. ½ Jahr später Rötung und Atrophie am Handrücken und Ellbogen.

2 Fälle von Monilethrix.

a) 8jähr. Kind, Frühgeburt von 6½ Monaten; bei Geburt ganz dünnes, beim ersten Waschen ausfallendes Haar; vom 2. Monat bis zu 2½ Jahren völlig kahl, dann neue Haarbildung; Wimpern mit 2 Jahren, Brauen beginnen erst jetzt zu wachsen. Nägel bei Geburt fehlend, mit 2—3 Monaten Entwicklung dünner Hornplatten. b) Ausgetragenes Kind, seit Geburt spärliches Haarwachstum, mikroskopisch typische Haarveränderungen.

Transplantation aus der Bauchhaut in die rechte Hohlhand; Neigung zu follikulären Abszessen.

Das im Anschluß an eine Verletzung transplantierte Stück schwitzt jetzt stärker als die linke Hohlhand und zwar dann, wenn die Haut des Leibes schwitzt; an den Haarbälgen häufig follikuläre Abszesse.

Boecksches Sarkoid.

Auf der linken Wange roter, infiltrierter Fleck. Pirquet und WR negativ; Lunge o. B.

Epithelioma adenoides cysticum an Nase, Oberlippe und Kopf, seit Pubertät entstanden.

Schwerer Lichen ruber der Mundhöhle, durch hohe Arsendosen unbeeinflußt.

Beginn in der Lendengegend, später weiße Flecke auf dem Zungenrücken. Lichenefloreszenzen an Bauch, Lenden und Achselhöhlen. Bis zu Nebenwirkungen gesteigerte As-Therapie, hat den Zungenlichen nicht beeinflußt.

Naevi spili der Haut und Mundschleimhaut.

Siehe diese Wschr., 83, 39.

Urticaria pigmentosa am Rumpf, im 14. Lebensjahre entstanden; histologisch zirkumskriptes Infiltrat, subpapillär, darin Plasma-, keine Mastzellen.

Xeroderma pigmentosum.

Eltern blutsverwandt; 2 Brüder mit 23 und 25 Jahren an derselben Krankheit verstorben. Krankheit seit frühester Jugend; seit 2 Jahren Demenz. Starke Überempfindlichkeit der Haut des bedeckten Körpers gegen Quarzlicht.

Artefakte (?); Bildung von „Komedonen" in der Narbe (?).

Mit 15 Jahren an den jetzt veränderten Stellen Rötung und Abschälung der Haut; danach schwarze, zur Zeit der Menses besonders tief gefärbte Punkte in derselben. Histologisch follikuläre Hornpfröpfe, Fehlen der Talgdrüsen, Arrectores pilorum vorhanden, keine deutliche Atrophie oder Sklerosierung im Bindegewebe.

Tuberkulid oder **Lupus?**

Linker Präaurikularwinkel = Lupus; behaarte Kopfhaut = Lupus erythematodes.

Anatomisches Präparat: **Wismutvergiftung.**

35jähr. Mann mit Lues II, der 9mal Neosalvarsan (insgesamt 3,15 g), Jodkali und 5mal 1 ccm Bismogenol sowie 1 ccm Spirobismol erhalten hatte, kam 12 Tage nach der letzten Einspritzung mit schwerster Stomatitis, beginnender Nekrose der Kiefer, punktförmigen Blutungen an Unterschenkeln, Unterarmen und Nephritis. 4 Tage später Exitus. Obduktionsbefund: Fettleber, Nekrosen in den Kiefern und der Speiseröhrenschleimhaut.

Roscher-Koblenz.

Digitized by Google

Referatenteil

Fachzeitschriften

The Urologic and Cutaneous Review

1930, Bd. 34, Nr. 1

Kahn, L. R.-Ann Arbor (Michigan): The Serology of Syphilis (Die Serologie der Syphilis). S. 1.

Verf. beschreibt die von ihm angegebene Flockungsmethode, die auch von der Hygiene-Kommision des Völkerbundes bei der 1928 in Kopenhagen veranstalteten Konferenz als sehr brauchbar empfohlen worden ist; sie erwies sich auch für die Liquoruntersuchung als geeignet. Die Frage nach der Bedeutung der Serumreaktionen bei Syphilis, ob es sich um Immunitätsreaktionen handelt oder nicht, ist noch nicht geklärt. Deshalb gehen auch die Ansichten darüber auseinander, ob positive Reaktion nach intensiver Behandlung eine Indikation für weitere Behandlung abgibt oder nicht.

Meinicke, E.-Ambrock: New Methods of the Serodiagnosis of Syphilis (Neue Methoden der Serumdiagnose der Syphilis). S. 6.

Es wird ein Überblick über die von dem Verf. eingeführten Methoden mit besonderer Berücksichtigung der neuen, aus anderweitigen Veröffentlichungen genügend bekannten Klärungsmethode gegeben. Diese ist von einer besonderen, auch der Kahnschen Probe überlegenen Empfindlichkeit.

Eberson, F.-San Francisco (Cal.): Treponema Pallidum and Latent Syphilis with Reference to Plurality of Strains (Spirochaeta pallida und latente Syphilis mit Rücksicht auf eine Mehrheit von Stämmen). S. 10.

Der experimentelle Nachweis besonderer neurotroper oder dermotroper Stämme ist noch nicht gelungen; es handelt sich eher um eine proteusartige Natur der Organismen als um eine Affinität zu bestimmten Geweben. Die Spirochäten erleiden im Körper unter gewissen Umständen weitgehende Veränderungen, so auch durch langdauernde Latenz. Es konnten von solchen Fällen ungewöhnliche Stämme gewonnen werden, die bei Affen und Kaninchen ganz ähnliche Eigenschaften zeigten wie die neurotrope Varietät Levaditis.

Barthelemy, R.-Paris: Traumatic Syphilis of the Bones and Joints (Traumatische Syphilis der Knochen und Gelenke). S. 14.

Die traumatischen Syphiliserscheinungen sind am Knochen häufiger als an den Gelenken, sie kommen in allen Stadien der Syphilis, am häufigsten im tertiären, auch bei angeborener Syphilis vor. Besonders wichtig ist die Differentialdiagnose von Tuberkulose und Sarkom.

Molesworth, E. H.-Sydney: The Romance of Syphilis, and its Decline (Die Romantik der Syphilis und ihr Schwinden). S. 18.

Die besondere Romantik der Syphilis zeigt sich in ihrem Ursprung, ihrem Verlauf, Erscheinungsformen und Schwinden. Letzteres ist wesentlich durch Einführung des Salvarsans bedingt.

Boas, H. u. Sodemann, T.-Kopenhagen: The Influence of Congenital Syphilis upon Pregnancy, Labor, Convalescence and Posterity (Der Einfluß der kongenitalen Syphilis auf Schwangerschaft, Entbindung, Rekonvaleszenz und Nachkommenschaft). S. 23.

Bei 39 kongenital-syphilitischen Müttern konnten keine Unterschiede gegenüber Normalen in bezug auf Komplikationen in Schwangerschaft und Entbindung nachgewiesen werden; nur Schwangerschaftsnephritis scheint etwas häufiger vorzukommen. Von den andern fanden sich 41 klinisch, serologisch oder bei der Autopsie vollkommen frei von Syphilis, zweimal handelte es sich um Aborte, 13 konnten nicht weiter beobachtet werden.

Mestchersky, G.-Moskau: Some New Stigmata of Hereditary Syphilis (Einige neue Stigmata der kongenitalen Syphilis). S. 27.

Die Bedeutung der von Milian beschriebenen Fissuren der Lippen, des permanenten Schlens einzelner Schneidezähne, beschrieben von Fournier, der von demselben Autor erwähnten Hautphlebektasien, des infantilen kleinen Fingers, beschrieben von Dubois, für die kongenitale Syphilis kann bestätigt werden. Die von diesem außerdem erwähnten normen Bildungen des Daumens konnten nicht beobachtet werden und auch die Axiodidie, auf die von französischer Seite Wert gelegt wird, scheint bei den wechselnden Verhältnissen der Größe und Verknöcherung des Processus xiphoideus nicht von Be-

Digitized by Google

deutung zu sein; bei Verf. selbst ist er erst im Alter von über 50 Jahren palpabel geworden. Noch nicht bestätigt sind auch die als charakteristisch für kongenitale Syphilis bezeichneten Befunde der Kokzygealgrube und der vergrößerten Sterno-Klavikular-Artikulation.

Thompson, L.-Hot Springs National Park (Arkansas): Syphilitic Meningitis (Syphilitische Meningitis). S. 29.

Überblick über Geschichte, Pathologie, klinische Erscheinungen, Diagnose; hierbei Differentialdiagnose von tuberkulöser und epidemischer Meningitis, die mehr akut und mit Fieber verlaufen. Unter Umständen Lumbalpunktion ausschlaggebend. Bedeutung der oft gleichzeitig vorhandenen spezifischen Alopezie. Prognose früher Fälle günstig, bei im späteren Verlaufe auftretenden ernster. Behandlung wie auch sonst bei Syphilis aber besonders energisch, bei ungenügender Wirkung intraspinale Behandlung.

Baliña, P. L.-Buenos Aires: Chancre and Psoriasiform Syphilides in a Case of Common Hereditary Psoriasis (Schanker und psoriasiformes Syphilid bei einem Falle von hereditärer Psoriasis vulgaris). S. 32.

Bei einem Pat., dessen Vater und Großvater an Psoriasis vulgaris gelitten hatten, ausgebreitetes makulös-schuppendes und papulös-schuppendes Syphilid von psoriasiformem Charakter, als dessen Eingangspforte eine am linken Oberschenkel befindliche gleichfalls psoriasiform erscheinende aber größere und stärker schuppende infiltrierte Efflorescenz angesehen werden mußte. An den Ellenbogen typische Psoriasisplaques, von denen nicht festzustellen war, ob sie schon vor der Syphiliseruption bestanden hatten. Das psoriasiforme Aussehen der Syphiliseffloreszenzen beruhte auf einer konstitutionellen Grundlage.

Ahman, G.-Göteborg: The Treatment of Congenital Syphilis with So-Called Inoculation Malaria (Die Behandlung der angeborenen Syphilis mit sogenannter Impfmalaria). S. 35.

Es wurden 36 Kinder mit kongenitaler Syphilis behandelt, davon zwei einmal, einer zweimal reinfiziert. Zur Verwendung kam ein aus Wien stammender Tertianastamm, der frei von Gameten zu sein schien. Einspritzungen intravenös, intramuskulär oder subkutan bei vorausgegangener Salvarsanbehandlung sollen wenigstens 2 Wochen Pause sein. Im Beginn der Behandlung häufig ausgebreiteter Herpes labialis, später Milz- und Leberschwellung, dyspeptische Symptome. Erscheinungen von seiten des Herzens können zur Abkürzung des Fiebers oder Sistierung der Behandlung nötigen; ausnahmsweise Anämie und Gewichtsverlust. Kupierung der Anfälle am besten durch intravenöse Chininanwendung. Bei der Beurteilung der Erfolge muß in Betracht gezogen werden, daß es sich meist um Fälle mit schlechter Prognose und Resistenz gegen sonstige Behandlung handelte und daß bei der kongenitalen Syphilis oft abgeschlossene nicht zu beeinflussende Prozesse vorliegen. Besonders guter Einfluß der Malariabehandlung bei der parenchymatösen Keratitis, ferner auch bei Affektionen des Zentralnervensystems, soweit es sich nicht um endgültige Zerstörungen handelte. Es besserten sich hier zunächst die klinischen Erscheinungen, dann der Liquor, zuletzt der Blutbefund. Die Wirkung der Malariaimpfung scheint auf einer Anregung der Abwehrstoffe des Körpers zu beruhen.

Löhe, H., u. H. Rosenfeld-Berlin: The Pigmentation of Mucous Membrans and Its Significance in the Bismuth Therapy of Syphilis (Die Pigmentierung der Schleimhäute und ihre Bedeutung bei der Wismutbehandlung der Syphilis). S. 44.

Es ist zu unterscheiden zwischen den isolierten Pigmentierungen am Zahnfleischrand, die keine besondere Bedeutung haben und den außerdem die ganze Mundhöhlenschleimhaut allgemein befallenden, die eine Folge eines degenerativen Prozesses des ganzen Organismus sind und durch eine vermehrte Permeabilität des Kapillarwalles entstehen. Sie erfordern Unterbrechung der Wismutbehandlung.

Mohrmann, B. H. U.-Hannover: Diagnosis of Congenital Lues by Demonstration of the Spirochete Pallida in the Conjunctival Secretion (Diagnose der kongenitalen Syphilis durch Nachweis der Spirochaeta pallida im Konjunktivalsekret). S. 48.

Der Nachweis der Spirochäten im Konjunktivalsekret kongenital-syphilitischer Kinder gelingt mit großer Regelmäßigkeit. Bei Kindern, die kurz nach Beginn der Behandlung gestorben waren, konnten in einigen Fällen Spirochäten im Gewebe der Konjunktiva nachgewiesen werden; was den Befund der Spirochäten im Tränensack anbetrifft, so kann ihre Einwanderung von der Nasenhöhle aus durch den Tränengang nicht ausgeschlossen werden.

Galli-Valerio, B., u. M. Rornand-Lausanne: Negative and positive Staining and Silver Nitrate Impregnations of the Treponema Pallidum (Negative und positive Färbung und Silbernitratimprägnierung der Spirochaeta pallida). S. 49.

Digitized by Google

Von den negativen Methoden (chinesische Tusche, Kollargol, Zyan-Chinin) ist Kollargol, von den positiven (Giemsa, Casares-Gil, Spirsil) die Giemsa-Färbung am empfehlenswertesten; außerdem gibt die Imprägnierung mit Silbernitrat (Vorbehandlung mit Tannin-Eisessig) gute Bilder.

Herxheimer, K.-Frankfurt a. M.: Concerning the Use of Dye-Stuffs in the Marking of Meinicke's Turbidity Reaction (Zur Verwendung von Farbstoffen bei der Meinickeschen Trübungsreaktion). S. 51.

Die oft schwierige Ablesung der Meinickeschen Trübungsreaktion wird erleichtert durch Ausführung unter Zusatz von Astraviolett. Die Ablesung kann in $^3/_4$—1 Stunde gegenüber sonst 24 Stunden erfolgen. Für die Citochol-Rapid-Reaktion von Sachs-Witebsky erwies sich der Zusatz von Astraviolett nicht geeignet. Ebensowenig befriedigte der von anderer Seite empfohlene Zusatz von Viktoriablau, auch bei Verbindung mit Zentrifugieren.

Macdonald, W. J.-Boston (Mass.): A Syphilitic Soliloquy (Ein Selbstgespräch über Syphilis). S. 52.

Persönliche Erfahrungen. Vor allem Beseitigung der Kurpfuscher.

Mikulowski, V.-Warschau: Febrile Congenitale Syphilis in a Forteen Year Old Child (Fieberhafte kongenitale Syphilis bei einem 14jähr. Kinde). S. 54.

Langdauerndes Fieber das anderwärts zur Diagnose einer Lungenerkrankung Anlaß gegeben hatte; Schwellung im linken Leberlappen. Positive WR. Gummöse Hepatitis.

Even, P.-Paris: Serology of Syphilis: The Fixation Reaction and Flocculation Reaction of Vernes (Die Serologie der Syphilis: Die Fixationsreaktion und die Flockungsreaktion von Vernes). S. 56.

Die WR in ihren verschiedenen Modifikationen wird abgelehnt. Hingegen gibt die Flockungsreaktion von Vernes in ihrer jetzigen Gestalt voll befriedigende Resultate; sie ist bei Zusatz von Resorzin auch für Tuberkulose verwendbar.

Kadisch, E.-Charlottenburg: The Serological Diagnosis of Lues with Active Hemolytic Reactions, Especially the Rapid Reaction (Die serologische Diagnose der Syphilis mit aktiven hämolytischen Reaktionen, besonders der Schnellreaktion). S. 58.

Beschreibung der aus deutschen Veröffentlichungen bekannten Technik des Verf.

Kumer, L.-Innsbruck: Unsolved Problems of Syphilis (Ungelöste Syphilisprobleme). S. 59.

Die gelungene Überimpfung von Drüsen, in denen die bekannten Spirochätenformen nicht nachweisbar waren, spricht dafür, daß es im Entwicklungszyklus noch andere (ultramikroskopische) Formen gibt. Das Bestehen verschiedenartiger Spirochätenstämme ist mehr, doch erscheint es noch fraglich, ob man besondere neurotrope und dermotrope Stämme unterscheiden kann, ob nicht viel mehr für den verschiedenen Verlauf Eigenmöglichkeiten des befallenen Organismus maßgebend sind. Für den gegen früher entschieden veränderten Verlauf der Syphilis liegt noch keine plausible Erklärung vor; der Antagonismus zwischen Haut- und Nervenerkrankungen ist strittig, die angebliche Zunahme der Aortenerkrankungen fraglich. Wie das Schwinden der im Sekundärstadium auftretenden Liquorveränderungen zustande kommt, ist noch ungeklärt. Im Grunde wissen wir noch nicht, wie unsere Antisyphilitika wirken.

Bernay, A.-Lyon: Practical Means of Supporting the Maximum Doses of Novarsenobenzol with the Minimum Risks (Praktische Wege zur Anwendung möglichst großer Salvarsandosen mit möglichst geringem Risiko). S. 60.

Die Anwendung möglichst großer Salvarsandosen ist anzustreben. Dabei ist aber Lösung in 40—50 ccm Wasser erforderlich, wodurch Eindringen in das umgebende Gewebe weniger gefährlich, Entzündungen der Venen eher zu vermeiden, bei eintretenden Intoleranzerscheinungen das Einfließen, das ganz langsam erfolgen muß, leicht zu unterbrechen ist. Außerdem vor jeder Einspritzung 0,001 Adrenalin oder besser 10 ccm Natriumhyposulfid oder 5 ccm Magnesiumhyposulfid in 20%iger Lösung unter Zusatz von etwas Glukose. Bei Intoxikationserscheinungen infolge von Retention in Leber und Milz Leber- oder Milzextrakt.

Vogelsang, Th. M.-Bergen: Aneurysm of the Coronary Artery and Gummatous Myocarditis. Case Report (Aneurysma der Koronararterie und gummöse Myokarditis). S. 62.

Autopsiebefund bei einem 4 Monate nach einem Fall verstorbenen 38jähr. Manne. Die syphilitischen Veränderungen am Herzen müssen schon vorher bestanden haben, das Aneurysma ist durch den Fall, begünstigt durch die Syphilis, entstanden.

Digitized by Google

Riddell, W. R.-Toronto (Canada): References to the Morbus Gallicus by John Owen, „The Prince of Epigrammatists" (Bemerkungen über den Morbus gallicus bei John Owen, dem „Fürsten der Epigrammatiker"). S. 63.

John Owen (Joannes Audenus), der um 1600 lebte, hat in seinen zahlreichen Epigrammen auch die Syphilis erwähnt.

Stein, R. O.-Wien: The Cuti-Reaction in Syphilis and Its Significance in Diagnosis and Therapy (Die Kutireaktion bei Syphilis und ihre Bedeutung für Diagnose und Therapie). S. 65.

Nach mehrfachen Versuchen wird jetzt ein Extrakt von spirochätenhaltigen Lymphdrüsen oder von Hodensyphilomen der Kaninchen verwendet (Luotest). Die positive, als spezifisch zu betrachtende Reaktion besteht in einem charakteristisch roten Hofe mit verschieden starker Infiltration im Zentrum, bisweilen Pustel- und Nekrosebildung. Ausdehnung der Rötung bis zu Handgröße. Besonders intensive Reaktion bei gummöser, maligner und kongenitaler Syphilis, die bei negativer Reaktion fast sicher auszuschließen sind. In gegen gewöhnliche Behandlung resistenten Syphilisfällen durch Impfung mit den Extrakten guter therapeutischer Erfolg. E. Levin-Berlin.

Proceedings of the Royal Society of Medicine

1929, Bd. 23, Nr. 2

Section of Dermatology

Sitzung vom 17. Oktober 1929

Mac Leod, J. M. H.: Monilia Infection. S. 159.

Seit der Kindheit bestehende Nagelerkrankung an Händen und Füßen mit zeitweise stärker hervortretender entzündlicher Perionychie. Kultur ergibt Monilia albicans.

Wigley, J. E. M.: Scleroderma. S. 159.

Bei einem $7^1/_2$jähr. Knaben trockene elfenbeinfarbene Stellen an der linken Gesichtshälfte, die im ganzen atrophisch erscheint, und auf dem Kopf, der zahlreiche weiße Haare aufweist.

Dore, S. E.: Onychomycosis. S. 160.

Die hier vorliegende Nagelerkrankung war durch beträchtliche Verdickung und Hypertrophie der Nägel ausgezeichnet. Pilze fanden sich nicht in ihnen, sondern in aus dem unter ihnen liegenden Gewebe entnommenem Materiale; das ist für die Untersuchung mykotischer Nagelerkrankungen wichtig.

Dore, S. E.: Milium. S. 161.

Ungewöhnliche Lokalisation hinter dem Ohr und am Nacken.

Davies, J. H. T.: Idiopathic Atrophy (?). Case for Diagnosis (Idiopathische Atrophie (?). Fall zur Diagnose.) S. 161.

Symmetrische atrophische, stellenweise von Erythem mit Infiltration umgebene Herde am Gesäß und den Schenkeln. Histologisch fortgeschrittene Degenerationserscheinungen. In der Besprechung wird die Möglichkeit von Lupus erythematosus und Sklerodermie erwogen.

Davies, J. H. T.: Idiopathic Sarcoma (Kaposi) (Sarcoma idiopathicum Kaposi). S. 162.

Bräunlich-purpurfarbene warzige Effloreszenzen am linken Bein, nachdem diffuse Braunfärbungen vorangegangen waren. Sie gleichen warzigem Lichen planus. Es scheint der histologische Befund für idiopathisches Sarkom zu sprechen. Die Anwesenden halten trotzdem Lichen planus für wahrscheinlicher.

Richardson, R. S.: Idiopathic Fat Atrophy (Idiopathische Fettatrophie). S. 162.

Atrophische, das Unterhautfettgewebe betreffende Herde, darüberliegende Haut unverändert. Weber glaubt, daß diese seltenen Fälle Beziehungen zur Sklerodermie haben.

Brain, R. T.: Ectodermal Defect (Ektodermaler Defekt). S. 163.

Nachdem bei dem Kinde bis zum Alter von 9 Monaten normaler Haarwuchs bestanden hatte, fallen seitdem die Haare großenteils aus, sobald sie eine Länge von 1 bis 2 cm erreicht haben. Histologisch in den Haaren und der Haut keine wesentlichen Veränderungen. E. Levin-Berlin.

Digitized by Google

Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie

1929, Bd. 10, Nr. 11

Darier, J.: Lettre du Brésil. (Boubas. Pian. Leishmanioses. Blastomycoses. Granulome ulcéreux. Verruga peruviana. Ulcère tropical. Epidermomycoses. Lèpre. Syphilis. Cancer. Tuberculose, Venins. Hygiène et solidarité sociale.) S. 1169.

Eingehende Schilderung der von Darier gelegentlich seiner Teilnahme an der Hundertjahrfeier der Nation. Brasil. Akad. d. Med. gesammelten Eindrücke. Die interessante Schilderung ist im Original einzusehen.

Pautrier, L.-M., u. Alice-Ullmo: L'hémangiectasie hypertrophique de Parkes-Weber (Hypertrophische Hämangiektasie). (Hautkl. Straßburg.) S. 1195.

Verff. beobachteten einen 17jähr. Landmann, der seit 3 Jahren allmählich zunehmende Veränderungen an der rechten unteren Extremität bemerkte. Das rechte Bein wurde allmählich länger als das linke; nach längerem Stehen Anschwellung des rechten Fußes. Die rechte untere Extremität ist 5 cm stärker als die linke; kein Ödem. Am rechten Unterschenkel und Fußrücken braunschwarze oder bräunliche Flecken, an einzelnen Stellen schimmert die darunterliegende Hautschicht bläulich durch. Bei Palpation sind stark dilatierte Venen festzustellen. Diese Pigmentationen sind glatt oder haben eine stark vorspringende höckrige und schuppende Oberfläche; sie erinnern etwas an einen sich zurückbildenden Lichen ruber planus. Histologisch Nachweis eines Angioms von besonderem Typus. Verdickung des Stratum corneum, Abflachung des Stratum basilare der Epidermis; zahlreiche stark dilatierte der Epidermis anliegende Gefäße. Die Kutis wird durch tiefeingreifende Epidermiszapfen eingeschnürt; in diesen Zwischenräumen richtige Gefäßknäuel. Das Bindegewebe ist sklerös und enthält weite Venen. In allen Kutisschichten mit Eisenpigment beladene histiozytäre Elemente. Da bei dem Pat. eine Makro- und Mikrozephalie besteht, wird trotz negativer Seroreaktionen eine konnatale Lues als ätiologisches Moment in Erwägung gezogen. Durch Kohlensäureschnee wurde Abflachung der verrukösen Veränderungen und Aufhellung der Pigmentflecke erreicht. 4 Abbildungen.)

Gonzalez Uruena, Jésus-Mexiko: Psychose épileptiforme après acétate de thallium (Epileptiforme Psychose nach Thalliumazetat). S. 1210.

Bemerkungen zu einer Arbeit von Bachkevitch und Prokoptchouk mit gleichlautendem Titel (ref. Derm. W., 1929, S. 1523). Die Zweckmäßigkeit der Thalliumanwendung beim beschriebenen Fall wird bezweifelt, hieraus wird die Entstehung der epileptiformen Psychose hergeleitet. Ob sie aber überhaupt eine toxische Wirkung des Thalliums ist, ist zweifelhaft.

Chatellier, L.: Sarco-lupus pernio mutilans et mortel (Zum Tode führender Sarco-lupus pernio mutilans). (Hautkl. Toulose.) S. 1113.

Beschreibung eines Falles von Lupus pernio bei einem 29jähr. Tischler. Beginn auf der Nasenschleimhaut, allmähliches Übergreifen auf die ganze Nase, auf Wangen, Lippen und Mund. Histologisch erweisen sich die Veränderungen als ein aus Rund-, Epitheloiden und Riesenzellen bestehendes Granulationsgewebe. Dieses Infiltrat führt zu fortschreitender Nekrose der Haut. Das Nasengerüst wird völlig zerstört, Nase und Mund bilden eine gemeinsame Öffnung. Nach 11 Monaten Krankenhausaufenthalt Exitus. Nach Ch. kommt eine maligne Form des Lupus pernio mutilans vor. Seine enge Verwandtschaft mit den Sarkoiden ist klinisch und histologisch augenscheinlich, daher die Bezeichnung „Sarco-Lupus pernio" im vorliegenden Falle. Die Meinung vieler Autoren, wonach es sich um Veränderungen tuberkulöser Natur handelt, wird wohl zu Recht bestehen. (3 Abbildungen.)

Photinos, Panagiotis: Quelques formes rares de maladies cutanées exotiques (Seltene Formen exotischer Hautkrankheiten). (Hautkl. Med. Fakultät Paris.) S. 1231.

Beschreibung und Abbildung von 29 Moulagen, die Prof. Georges Photinos dem Moulagenmuseum des Hospitals St. Louis schenkte.

Giacardy u. Durand-Dastès-Tarbles: Un cas d'épithelioma baso-cellulaire du gland traité par la diathermocoagulation (Behandlung eines baso-cellulären Epithelioms der Eichel mit Kaltkaustik). S. 1256.

Bei einem 40jähr. Mann besteht seit 7 Jahren eine allmählich sich vergrößernde ausgedehnte Ulzeration der Eichel und Kranzfurche. Histologisch: baso-zelluläres Epithelom vom Typus Ulcus rodens. Vollkommene Schmerzlosigkeit, unbehinderte Ausübung

Digitized by Google

des Koitus. Keine Leistendrüsenvergrößerung. In 2 Sitzungen innerhalb 6 Wochen Behandlung mit Kaltkaustik. Vollständige Vernarbung wird dadurch erreicht. Seit über 1 Jahre bisher kein Rezidiv. (2 Abbildungen vor und nach der Behandlung.)

A. Holländer-Bielefeld.

Archives Dermato-Syphiligraphiques de la Clinique de l'Hôpital Saint-Louis

1929, Bd. 1, H. 2

Sabouraud: Généralités concernant les teignes (Allgemeines über Pilze). S. 213.

Verf. gibt einen allgemein gehaltenen Überblick über die Einteilung und das Verhalten der verschiedenen Pilzarten. (Favus, Endothrix, Microsporum, Microides und Megasporus.)

Milian: Les conflicts thérapeutiques dans la syphilis (Die Konflikte bei der Behandlung der Syphilis). S. 232.

Verf. bespricht die verschiedenen Wirkungen der Arsenpräparate, die toxische, die unmittelbare biotropische und die mittelbar biotrope Wirkung. An verschiedenen Beispielen wird gezeigt, wie man sich in den einzelnen Fällen zu verhalten hat, z. B. Erythemen, bei Fieber nach den Einspritzungen usw.

Laroche: La réaction du benjoin colloïdal dans la syphilis nerveuse (Die kolloidale Benzokolreaktion bei Nervenlues). S. 248.

Nach einer geschichtlichen Einleitung folgt die Beschreibung der Reaktion. Für die verschiedenen Erkrankungen des ZNS liefert sie auch verschiedene Reaktionstypen. Besonders ist bei der Paralyse die Veränderung stark ausgesprochen. An zahlreichen Kurven wird die Brauchbarkeit der Reaktion dargelegt.

Barthélemy: La syphilis posttraumtique, ses rapports avec la loi sur les accidents du travail (Die Syphilis nach Verletzung und ihre Beziehung zu dem Gesetz über Arbeitsunfälle). S. 277.

Verf. stellt aus der Literatur gesammelte Fälle zusammen: Lues durch Küssen einer Wunde durch luisches Mädchen, Aufkommen eines Schankers an einer Daumenwunde nach Spielen mit einer luischen Frau, Schanker bei Glasbläsern, Gumma auf Narbe nach Fall oder Granatsplitter u. a. Hierher gehören auch die Verschlimmerungen von Verletzungen durch später hinzutretende Lues, sowie luische Geistesstörungen, die durch Unfälle wie Sturz ins Wasser ausgelöst werden.

Girodeau: Nouvelles recherches sur l'ionisation en dermatologie. Applications therapeutiques (Neue Forschungen über die Ionisation in der Dermatologie. Ihre Verwendbarkeit bei der Behandlung). S. 308.

Verf. versuchte die Anwendung von Kupferionisation bei eitrigen Entzündungen der Haut und erzielte gute Erfolge bei Pyodermie, schweren pustösen Akneformen und bei Bartflechte mit 5%iger Kupfersulfatlösung. Epitheliome und senile Keratome ließen sich gut beeinflussen. Ferner wurden Ionisationen mit Kokain und seinen Abkömmlingen, Akonitin, Magnesium, Jodkalium, Thallium, Atropin, Pilokarpin und Adrenalin vorgenommen; entweder, wurde die Behandlung in kleinen Wannen oder mit einer entsprechenden Paste ausgeführt.

Eliascheff: Les notions nouvelles sur la pigmentation cutanée (Neue Bemerkungen über die Pigmentation der Haut). S. 322.

Gougerot: Etat actuel de la bismuthothérapie (Jetziger Stand der Behandlung mit Wismutpräparaten). S. 331.

Allgemeine Übersicht.

Gougerot: Dermatose nouvelle: Erythéme papuleux extensif douloureux en nappe des auto-intoxiqués (Ausgebreitetes papulöses schmerzhaftes Erythem in Fleck als Folge von Autointoxikationen). S. 345.

Es handelt sich um eine papulöse, besonders an den Rändern erhabene schmerzhafte Hautrötung, die langsam weiter geht; sie tritt meist einzeln auf, in der Mitte blaß, im übrigen hochrot, und bleibt 8—20 Tage bestehen, um von selbst zu verschwinden; mit Vorliebe findet man sie an der Hand, meist rundlich und deutlich begrenzt, die Größe wechselnd, einige Zentimeter im Durchmesser. Schmerzhaftigkeit ist beständig da und sehr lebhaft; auch Rückfälle beginnen mit Schmerzen. Die Entwicklung geht langsam vor sich, ebenso wie das Abklingen. Von Urtikaria unterscheidet sich die Hauterkrankung durch längere Dauer und ein stärkeres Infiltrat. Es gibt an

Digitized by Google

Formen: die Übergangsform, die typische Form mit einem Herd und die Form mit mehreren Herden. Dabei ist es nicht notwendig, daß der oder die Herde bei Rückfällen, die nicht selten sind, immer wieder an denselben Stellen sitzen; sie können wandern. Einmal konnte ein deutlicher Zusammenhang mit der Regel nachgewiesen werden. Histologisch: leichte Verschmälerung der Epidermis; die Basalzellen und des Corpus mucosum Malpighi geschwollen, Parakeratose fehlt; Papillen und das Gewebe unterhalb infiltriert, die Gefäße erweitert und stark mit Blut gefüllt; um die Gefäße Mononukleäre. Die elastischen Fasern sind weniger gut färbbar, die Bindegewebszellen geschwollen. Bakteriologisch ließen sich keine Besonderheiten feststellen. Anscheinend handelt es sich um eine „Selbstvergiftung", die ihren Weg aus dem Körper durch die Haut zu nehmen versucht. Vielleicht spielen Erblichkeit und Unterwertigkeit des Organismus eine Rolle. Die Behandlung besteht in Neutralisation der Gifte, die örtliche Behandlung in Anwendung kühlender Salben.

Gougerot u. Thiroloix: Dermatose nouvelle. Pigmentation ponctuée sur peau blanche, pigmentation diffuse, érythème carminé, téleangiectasies, atrophies cicatricielles ponctuées, lésions lichénoides etc. (Neue Hauterkrankung. Punktierte Pigmentation auf der weißen Haut, zerstreute Pigmentation, karminrotes Erythem, Gefäßerweiterungen, narbig punktierte Atrophien, lichenoide Veränderungen usw.). S. 364

34jähr. Frau; die Hautveränderungen sollen seit 16 Jahren nach einer seelischen Aufregung entstanden sein und finden sich an den verschiedensten Stellen des Körpers. Daneben sind Striae vorhanden (ein Kind). WR teilweise positiv, keine Zeichen von Lues. Eltern gesund. Spezifische Behandlung war ohne Erfolg. Die histologischen Veränderungen erinnern am meisten an Poikilodermie, unterscheiden sich aber durch die Sklerose des Bindegewebes und das Infiltrat, das tief in das Gewebe hinabgeht und zum größten Teil aus Plasmazellen zusammengesetzt ist.

Gougerot: Dermatose nouvelle. Verrucome avec adénite, à structure épithéliomatiforme, curable par le 914 (Neue Hauterkrankung: epitheliomartige mit 914 heilbare Warzengeschwulst mit Drüsenschwellungen). S. 374.

Drei Fälle. Die Veränderungen saßen im Gesicht. Den beigegebenen Bildern nach könnte man an eine luische Hautveränderung denken; WR aber negativ; auch die histologische Untersuchung zeigt keinen Anhalt hierfür. Es fand sich vielmehr eine ausgedehnte Papillomatose, die einen epitheliomartiges Bild darbot; allerdings konnte die ausgedehnte Infiltration mit Plasmazellen, die daneben bestand, luische Veränderungen vortäuschen. Auf Neosalvarsan erfolgte rasche Abheilung.

Gougerot u. Burnier: Poïcilodermie de Petges-Jacobi (forme complète) cyanique débutée par des larges placards érthématosquameux de parapsoriasis (Poikilodermie Petges-Jacobi ausgeprägte Form mit Beginn in breiten rötlichschuppenden Herden wie Parapsoriasis). S. 386.

34jähr. Mädchen, das die erwähnten Erscheinungen aufwies, die auf Bestrahlungen mit Höhensonne sehr gut zurückgingen; es werden die Zusammenhänge zwischen Poikilodermie und Parapsoriasis erörtert. Die histologische Untersuchung ergab hauptsächlich leichtes Ödem der Papillen, Infiltration und Erweiterung der Blutgefäße und fast vollständiges Fehlen des elastischen Gewebes.

Blum u. Bralez: Parapsoriasis nigricans (Parapsoriasis mit Schwarzfärbung). S. 397.

27jähr. Algerier mit einer atypischen punktförmigen Parapsoriasis über den ganzen Körper mit Ausnahme des Gesichtes. Die histologische Untersuchung bestätigt die Diagnose.

Gougerot u. Filliol: Naevus variqueux ostéo-hypertrophique de Klippel ou Télangiectasie hypertrophique de Parkes-Weber (Naevus varicosus Klippel oder Telangiektasie Parkes-Weber). S. 405.

23jähr. Mann mit großem angeborenem Naevus auf der Brust, bis auf die Mitte des Oberarmes reichend; außerdem sind beide Hände — besonders die linke — stärker entwickelt als normal.

Gougerot, Barthélemy u. Thiroloix: Mitralite rheumatismale biotropique du 7e jour (Aufflackern einer Mitralinsuffizienz nach Rheumatismus am 7. Tage). S. 412.

18jähr. Mädchen mit florider Syphilis; zugleich Mitralinsuffizienz nach altem Gelenkrheumatismus. Nach drei Spritzen von 914 Fieber und rheumatische Gelenkschwellungen in beiden Knien und der rechten Schulter. Eisbeutel und Natrium salicyl. brachten die Erscheinungen bald zum Abklingen.

Digitized by Google

Gougerot, Barthélemy u. Garnier: Chancre mou fébrile avec hématurie (Weicher Schanker mit Fieber und Blutharnen). S. 415.

19jähr. Kranker, dessen Schanker gut auf Vakzine von Nicolle abheilt. Hohe Temperaturen und eine renale Hämaturie unklarer Ursache.

Gougerot u. Blum: „Granulome vénérien" bénin. Pyodermite végétante préputiale (Harmloses venerisches Granulom, Pydermia vegetans der Vorhaut). S. 418.

51jähr. Mann, der nie Europa verlassen hatte. Bakteriologisch negativ. WR negativ; Spontanheilung. Autoinokulation geht gut an. Nebenbefund: Glykosurie.

Ruge-Kiel.

Revue française de Dermatologie et de Vénéreologie

1929, Jahrg. 5, H. 11

Théodore Photinos: Creeping Disease (Hautmaulwurf). S. 512.

Es handelt sich um eine allgemeine Übersicht. Bekanntlich findet sich der Hautmaulwurf fast in allen Ländern, in den Tropen ist er besonders verbreitet. Die Erreger sind Larven des Genus Gastrophilius und Hypoderma (Östriden), Gnathostoma und Agamonemodum (Nematoden) und Akantozephalen. — Die klinischen Zeichen sind bekannt. Differentialdiagnostisch kommen in Frage: Dermographismus, Pyodermia vegetans linearis und Vergiftungen durch eine Qualle „Portugische Fregatte". Die Krankheit ist harmlos. Verschiedene Behandlungsarten sind angegeben. Entfernung der Larve in örtlicher Betäubung, Einfrierenlassen mit Chloräthyl, Jodeinpinselungen u. a. — Absolut sicher ist bisher kein Verfahren.

Milian, G.: Chancre mixte tertiaire (Weicher Schanker auf tertiärluischem Geschwür). S. 542.

Es handelt sich um eine 44jähr. Alkoholikerin, die in der rechten Schenkelbeuge ein tertiärluisches Geschwür von 3 : 4 : 5 cm Größe aufweist, in der Mitte fand sich ein heiler Hautbezirk von Frankgröße. Auf der anderen Seite befindet sich ein ähnliches Geschwür, dessen Grund mit einem diphtheroidem Beleg bedeckt ist. Etwas weiter entfernt sitzt noch ein kleines Geschwür. Von früherer Syphilis war nichts bekannt; fünf Geburten waren ohne Fehlgeburt verlaufen. — WR ++++. Die Geschwüre sind spontan und auf Druck sehr empfindlich. Unter spezifischer Behandlung heilen die Geschwüre mit Ausnahme eines kleinen Teiles des linksseitigen Geschwürs. Eine Übertragung von Eiter ergibt auf dem Vorderarm ein kleines Geschwür mit reichlich Streptobazillen. In dem ersten Geschwür konnten keine Bazillen nachgewiesen werden, ebensowenig in den beiden anderen Geschwüren. Überimpfungen von dort verliefen völlig negativ. Vagina, Uterus und Anus zeigten keine Geschwürsbildung. — Es ist hier unzweifelhaft ein Fall, bei dem Ulcus molle auf einem tertiärluischen Geschwür nachgewiesen werden konnte. — Über den Zusammenhang zwischen tertiärluischem Geschwür und weichem Schanker lassen sich nur Vermutungen aufstellen.

Milian, G.: Atrophie cutanée secondaire à un impetigo végétant (Atrophie der Haut nach einem Impetigo vegetans). S. 548.

Es handelt sich um einen $8^1/_2$jähr. Knaben mit einer Pydermia vegetans. Kinn, linke Wange und linker äußerer Augenwinkel sind befallen. Die Veränderungen erinnern während ihres weiteren Bestehens stark an Lupus erythematodes. Die befallenen Stellen heilen langsam an der Nase und dem linken Lippenwinkel ab. Dagegen bleibt am linken unteren Augenwinkel eine deutliche Atrophie mit einigen narbigen Einsenkungen zurück. — Die histologische Untersuchung ergibt eine außerordentliche Infiltration im Papillarkörper, weniger in den tiefen Hautschichten, es handelt sich meist um hypertrophische Bindegewebszellen mit zwei großen Nukleolen. — Die Gefäße sind gedehnt, die Zellen hypertrophisch und vermehrt. Ferner finden sich Riesenzellen mit 4—5 Kernen. Die tieferen Hautschichten zeigen an einigen Stellen eine ausgesprochene hyaline Sklerose. Die elastischen Fasern sind vermindert. Die Infiltrate und die Sklerose sind besonders reichlich um die Schweißdrüsen. Die Epidermis ist verdünnt und zeigt an bestimmten Punkten eine fast ausschließliche follikuläre Hyperkeratose. — Auf Grund des Befundes wird ein Zusammenhang der kutanen Streptodermien und dem Lupus erythematosus erwogen.

Ruge-Kiel.

Digitized by Google

Mitteilungen aus der Literatur

Pigment

Steinfeld, F.-Hamburg: Über die diagnostische Bedeutung des Malariapigments. (Inst. f. Schiffs- u. Trop.-Krkh.) Arch. f. Schiffs- u. Trop.-Hyg., Bd. 33, H. 12, S. 631.

Die spektroskopische Darstellung von Malariapigment nach Seyfarth — nach ihm soll sich Malariapigment als einziges Pigment in 0,04%iger alkoholischer Kalilauge lösen — gelang aus dem freien Blut nicht. Nach den Streifen zu urteilen, die bei 60 und 63 bzw. 50/51, 55 und 57 lagen, mußte es sich um Hämatin bzw. Oxyhämoglobine handeln. Dagegen erwies sich die etwas modifizierte Methode von Risquez mit 20%iger Schwefelsäure als brauchbar. Die Menge des vorhandenen Pigmentes war durchaus abhängig von der Zahl der Teilungsformen. Das freie Pigment verschwand sehr bald nach dem Verschwinden der Parasiten. Nur in einem Fall — von 30 — hielt es sich noch etwa 14 Tage. Die Ergebnisse von Pineda und Urriola, nach denen das Malariapigment noch längere Zeit nach Unterbrechung der Anfälle im Blute nachweisbar sein soll, konnten nicht bestätigt werden. Denn es fanden sich auch bei Gesunden, die nie an Malaria gelitten hatten, nach Behandlung mit den erwähnten Methoden „Pigmente". Man muß demnach mit der Bewertung derartiger Befunde sehr vorsichtig sein. Im Urin ließen sich niemals Malariapigmente nachweisen. Ruge-Kiel.

Snell, A. M., u. L. G. Rowntree: Addison's Disease with Anomalous Pigmentation (Addison mit abnormer Pigmentbildung). Endokrinol., Bd. 5, S. 303.

5 Fälle. Zwei davon hatten eine Kombination von Hyperpigmentation und Leukoderma, zwei weitere zeigten eine nur sehr schwache allgemein gelblichbronzene Verfärbung, wobei in dem einen Fall das Freibleiben der Mundschleimhaut, Genitalien und Brustwarzen die Diagnose Addison zunächst abweisen ließ. Ein 5. Fall zeigte überhaupt keine Pigmentvermehrung. Die Diagnose wurde durch die Sektion bestätigt, es fand sich eine Tuberkulose der Nebennieren. In dem großen Material der Mayoklinik von über 100 Fällen Addisonscher Krankheit war dies der einzige ohne Pigmentveränderung. M. Unna-Hamburg-Bergedorf.

Maranon, G.-Madrid: Über das Säure-Basen-Gleichgewicht bei der Addisonschen Krankheit. (Kl. d. med. Path. d. Hospital-General.) Endokrinol., Bd. 5. S. 185.

Die Untersuchungen an 21 typischen Fällen ergaben eine offenbare Tendenz zur Azidose. Diese ist nach Verf. auch die Hauptursache der terminalen Zufälle bei der Addisonschen Erkrankung. Diese Annahme stützt sich auf die Ähnlichkeit des klinischen Bildes dieses Endstadiums mit dem der Azidose und wird bestätigt durch die Beobachtung des Basen-Säuregleichgewichts bei Eintritt der Gehirnkomplikationen. Ein Addisonkranker erhielt 10 Insulineinheiten und darauf 200 ccm Zuckerlösung subkutan. Es traten Fieber, Apathie, später Bewußtlosigkeit, Pulsfrequenz, Erbrechen, aufgeblähter Leib auf. Der Verdacht, daß es sich um Symptome der Hypoglykämie handele, bestätigte sich nicht, der Blutzuckergehalt war normal, dagegen die Alkalireserve vermindert. Dieser Symptomenkomplex wurde wiederholt bei Addisonkranken in der angegebenen Weise hervorgerufen. Die Azidose bei Addisonscher Krankheit ist eng verknüpft mit der Störung des Kohlehydratstoffwechsels, die die umgekehrte ist wie beim Diabetes. Ein von mehreren Seiten bestätigter charakteristischer Befund bei Addison ist der geringe Glykogengehalt der Leber. Wir haben es mit einer Leberinsuffizienz zu tun nicht nur für den Kohlehydratstoffwechsel, sondern bei Addison auch für die Tetrachlorphthaleinprobe. Andere Anschauungen führen die terminalen Azidosen bei der Addisonschen Krankheit auf Insuffizienz der Nieren zurück. Dies ist nach Verf. wohl in geringem Grade vorhanden, aber ohne pathogene Bedeutung.
M. Unna-Hamburg-Bergedorf.

Benigne Neubildungen und Mißbildungen

Dormanns, E. A.: Papillomatöse Neubildungen im äußeren Gehörgang. (Path. Inst. d. Sun-Yatsen-Univ.) Beitr. f. path. Anat., Bd. 83, H. 1, S. 111.

Papillomatöse Neubildungen des äußeren Gehörganges, die sonst als große Seltenheit betrachtet werden können, sind bei den Chinesen verhältnismäßig häufig. Benjamins, der zuerst hierauf aufmerksam machte, machte die Gewohnheit der

Digitized by Google

Chinesen, den Gehörgang auszurasieren, verantwortlich. Verf. konnte diese Annahme an 5 untereinander und den Beobachtungen des genannten Autors sehr ähnlichen Fällen bestätigen. Die Gebilde erinnern mit ihrem dendritisch verzweigten, entzündlich infiltrierten bindegewebigen Grundstock, der von geschichtetem Plattenepithel überzogen ist, sehr an spitze Kondylome. Alle Patienten hatten das Ausrasieren vorgenommen, und zwar mit sehr unreinen Instrumenten (die abgebildet werden). Ein 6. Fall weicht dadurch von den übrigen ab, daß er am Trommelfell sitzt, ein verhältnismäßig stärker entwickeltes bindegewebiges Stroma aufweist und ein mehr an Übergangsepithel erinnerndes Epithel besitzt. In diesem Fall war es nicht möglich, den Patienten wegen des Ausrasierens zu befragen. Fr. Wohlwill-Hamburg.

Hoppe, G. A.: Über Neurolipomatosis dolorosa und ihre differential-diagnostische Abgrenzung. Diss., Berlin 1929.

Dieses 1909 von Umber beschriebene, von der Dercumschen Krankheit verschiedene Leiden wurde bisher in 8 Fällen beobachtet. Es kam meist bei Männern (7mal) vor, im 3.—6. Jahrzehnt, und besteht in mit reißenden Schmerzen sich einleitenden subkutanen oder subfaszialen Lipomen. Der Schmerz ist schon vorhanden, ehe die Lipome palpabel sind. Letztere können bis apfelgroß werden und bald unregelmäßig, bald symmetrisch angeordnet sein. Kopf, Hände und Füße scheinen frei zu bleiben. Die Ursache ist unbekannt; Ausgangspunkt im perineuralen Gewebe sensibler Nerven. Mitteilung von 3 neuen Fällen aus Umbers Klinik.

M. Kazarowa-T. Pasardschik.

Heine, J.-Shanghai: Lymphangiomatöse Entartung der Hand eines Säuglings. (Path. Inst. d. Paulunhospitals und der Tung-Chi-Univ.) Beitr. f. path. Anat., Bd. 83, H. 2, S. 541.

Die Affektion wurde bei einem 3 Monate alten Chinesenkind beobachtet. Durch Akupunktur war es zu sekundärer, aber nur oberflächlicher Vereiterung gekommen. Das teils teleangiektatisch, teils kavernös gebaute Lymphangiom wird als Hamartom gedeutet; die Seltenheit der Lokalisation wird hervorgehoben.

Fr. Wohlwill-Hamburg.

Rüder, F. B.-Hamburg: Zur Kasuistik und Ätiologie ausgedehnter kongenitaler Hautdefekte. (Staatl. Inst. f. Geburtshilfe u. Frauenkrkh.) Zbl. f. Gyn., 1929, Nr. 46, S. 2922.

R. teilt einen der seltenen Fälle angeborener kongenitaler Hautdefekte mit, wie sie in gleicher Ausdehnung bisher nur zweimal geschildert sind. Bei einem neugeborenen Kinde fand er ausgedehnte Hautdefekte an Kopf, Rumpf und Oberschenkeln; Plazenta und Eihäute waren intakt und vollständig, daneben fand sich in einer zweiten Eihöhle von Handtellergröße ein Fötus papyraceus. Alle Defekte waren nach 4 Wochen ohne Narbenbildung verschwunden. Mikroskopische Präparate wurden leider nicht gemacht, die Befunde der Literatur werden geschildert. Unter Würdigung aller Momente der Genese (Lues, Amnionstränge, Epidermolysis bullosa heredit., Aplasia cutis congenita) ist die strittigste Frage die, ob die Entstehung der Defekte endo- oder exogenen Ursprungs ist. Wie in anderen Fällen sind auch in diesem Amnionstränge als Ursache auszuschließen. R. glaubt die Defekte durch die Annahme primärer Keimvariationen, vielleicht auch endogene Entzündungserscheinungen erklären zu können. In praxi läßt sich ein Unterschied zwischen Mißbildung und fötaler Erkrankung der Haut nicht machen. Das Gesamtbild muß wohl als ätiologisch einheitliche Erscheinung endogenen Ursprungs aufgefaßt werden.

K. Haack-Hamburg.

Regressive Störungen und Atrophien

Wirz, F.-München: Lopion- (Gold-) Behandlung bei Lupus erythematodes und Tuberkuliden. (Dermatol. Univ.-Kl.) M. m. W., 1930, Nr. 1, S. 17.

Lopion ist dem Aurophos aus dem Grunde vorzuziehen, da es seine Wirkung bedeutend eher entfaltet als dieses; es wirkt stoßartiger. Beim Aurophos tritt die Wirkung erst nach 20—30 Injektionen ein, während man beim Lopion mit ungefähr 10 Injektionen auskommt. Man gibt ungefähr insgesamt 4,2 g Lopion auf 6 Wochen verteilt bei 2 Injektionen wöchentlich. Die Verträglichkeit des Lopion ist ungefähr dem des Aurophos gleich. Leider ist das Präparat zu teuer; trotz der bedeutend geringeren Zahl von Injektionen stellt sich eine Lopionkur sehr viel teurer als eine Aurophoskur.

Sprafke-Chemnitz.

Digitized by Google

Haxthausen, H.: Behandlung von Lupus erythematosus mit intravenösen Injektionen von Goldchlorid. Hospitalstidende, Jahrg. 72, Nr. 47, S. 1125.

Bei früherer Gelegenheit hat H. über 10 mit Goldchlorid behandelte Fälle berichtet; er konnte im Finseninstitut die Methode bei 109 Kranken weiter prüfen. Er gab wöchentliche Injektionen von zunächst 1 mg und steigerte je nach Bedarf auf 5 und 10 mg. Von 37 behandelten Fällen wurden 12 völlig geheilt, 10 gebessert und 15 als erfolglos ausgeschieden. Unter weiteren 35 Kranken, bei denen noch Finsenbestrahlungen neben den Injektionen zur Anwendung kamen, waren 12 Heilungen, 18 Besserungen und 5 negative Ergebnisse zu verzeichnen. Nebenwirkungen bedenklicher Art wurden nicht beobachtet, nur gelegentlich mäßiges Fieber und bei 2 Patienten ein urtikarielles Exanthem, das beide Male mit Heilung — auch des Lupus — endete. Die nötige $1^0/_{00}$ige Lösung kann in jeder Apotheke hergestellt werden; sie bedarf keiner Sterilisierung, da sie an sich schon stark bakterizid wirkt.

A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Stefanoff, Wladimir-Sofia: Zur Therapie des Lupus erythematodes. Clinica Bulgara, 1929, S. 345.

Angewendet wurden Krysolgan, Aurophos und Triphal, doch ließ sich nicht entscheiden, welches am wirksamsten ist. Unangenehme Nebenerscheinungen wurden trotz ambulanter Behandlung nie beobachtet. Geheilt wurde die Hälfte der Fälle, einige weitgehend gebessert, einzelne blieben ungeheilt. Die Verschiedenheit der Wirkung erklärt sich aus der uneinheitlichen Ätiologie der Krankheit, die kein lokaler Prozeß, sondern durch verschiedene organische Leiden hervorgerufen ist; demnach ist Goldbehandlung die zweckmäßigere; Arsen bewährt sich dort, wo etwa hereditäre Lues dahinter steckt. Bei streptogener Ätiologie (Fokalinfektion) kämen polyvalente oder Autovakzinen in Frage. M. Kazarowa-T. Pasardschik.

Mészaros, K.: Kapillarmikroskopische Beobachtungen bei Sklerodermie. Acta med. skand. (Stockh.), Bd. 72, H. 3/4, S. 241.

Die Sklerodermie bietet ein typisches, kapillar-mikroskopisches Bild. Dieses ist bereits an Hautstellen feststellbar, welche makroskopisch noch keine Veränderungen zeigen. Verf. untersuchte 8 Kranke. Es wurden besonders die Hautveränderungen am Nagelrand, Handrücken und Brusthaut festgestellt, da diese Stellen drei Hauptypen der Haut entsprechen, die untereinander verschieden sind. Die Nagelränder ergaben folgendes: Verringerung der Zahl der Kapillaren; bei vielen Kapillaren sind beide Schenkel gleichweit und weiter als normal voneinander entfernt; verlangsamte, teilunter aufgehobene Kapillarströmung. Veränderungen, die am Handrücken nachgewiesen wurden: ungleicher Durchmesser, häufige polygonale Begrenzung und Vergrößerung der Papillen; viele von ihnen zeigen keine Kapillaren. An der Brusthaut zeigte sich neben Mangel der Hautrinnen Erweiterung und zugleich Verminderung der Kapillaren; starke Erweiterung und besondere Deutlichkeit des subpapillären Plexus; letzteres ist ein Zeichen der Epidermisverdünnung.

M. Kruspe-Dresden.

Kressin, W.-Spandau: Carcinoma pedis auf dem Boden einer Acrodermatitis atrophicans idiopathica. (Chir. Abt. d. Städt. Krkhs.) D. m. W., 1930, Nr. 1, S. 12.

Der 68jähr. Pat. leidet seit 20 Jahren an Acrodermatitis atrophicans mit Geschwürsbildung. Jetzt findet sich in der Gegend des linken äußeren Knöchels herab bis zum Fußsohlenrand, auf ein Drittel der Sohle übergreifend, ein handtellergroßer Tumor. Die Schenkeldrüsen hart und vergrößert. Probeexzision ergab ein verhornendes Plattenepithelkarzinom mit starker entzündlicher Reaktion. Es wurde die hohe Amputation nach Gritti und Exstirpation der Leisten- und Schenkeldrüsen vorgenommen. Ob das Karzinom sich aus dem narbigen Gewebe oder auf dem Boden des Geschwüres entwickelt hat, war nicht festzustellen. F. Harry-Wiesbaden.

Maligne Neubildungen

Heiberg, K. A., u. T. Kemp-Kopenhagen: Über die Zahl der Chromosomen Karzinomzellen beim Menschen. (Kl. f. Hautkrkh. d. Finsenschen Lichtinst.) Virch. Arch., Bd. 273, H. 3, S. 693.

Bei einem schnellwachsenden Wangenkarzinom eines 60jähr. Mannes wurden die Mitosen im Epithel untersucht; an einzelnen Stellen lagen sie dicht nebeneinander, an anderen Stellen fanden sich bei mittlerer Vergrößerung etwa 10 in jedem Gesichtsfeld, und an noch anderer Stelle waren sie spärlich. Bei manchen waren die Chromosomen zusammengeklumpt, bei vielen lagen sie scharf voneinander getrennt, so daß

Digitized by Google

sie leicht zu zählen waren. In einzelnen Mitosen waren 47 oder 48 Chromosomen, in anderen 94 oder 96, in noch anderen über 100; dort fanden sich auch Mitosen mit nur 23 Chromosomen. In den großen Mitosen haben die Chromosomen oft eine ganz andere Form als in normalen Zellen; dort wurden Tetraederformen und ringförmige Chromosomen nicht gefunden. F. Winkler-Wien.

Madlener, M. J.-Köln: Zur primären Multiplizität der Karzinome. (Chir. Kl. d. Univ.) D. Zschr. f. Chir., Bd. 221, H. 1/2, S. 1.

Das Vorkommen primärer Multiplizität der Karzinome mit Selbständigkeit der Einzelgeschwülste ist oft beschrieben; die Einzeltumoren können in einem oder in verschiedenen Organen lokalisiert sein; die erste Beschreibung multipler Karzinome durch Pott betraf die Haut; hier werden sie besonders bei Xeroderma pigmentosum, bei chronischen Teererkrankungen und bei chronischer Psoriasis vermerkt. Doppelkarzinome in einem Organe können sogar makroskopisch eine Einheit bilden, aber aus zweierlei Epithel bestehen. In der Literatur sind bis zum vorigen Jahre 52 Fälle berichtet worden, in denen sicherlich primär multiple Karzinome vorhanden waren; ihnen reiht sich ein vom Verf. beobachteter Fall von einem 43jähr. Manne an, bei dem ein Basalzellenkrebs unter dem Bilde des flachen Karzinoms des Gesichts, ein mit Bronchiektasien zusammenhängendes, diffus wachsendes Zylinderzellenkarzinom der rechten Lunge mit Metastasen in den zugehörigen Lymphknoten und mehrere kleine, scharf abgegrenzte Tumoren der weichen Hirnhaut ohne Andeutung einer Drüsenstruktur gefunden wurden; die Hirntumoren dürften Metastasen des Lungentumors sein. F. Winkler-Wien.

Lipschütz, B.-Wien: Ergebnisse zytologischer Untersuchungen an Geschwülsten. VI. Untersuchungen über das Rundzellensarkom. (Prosektur d. Kaiser-Franz-Josef-Spitals.) Zschr. f. Krebsforschg., Bd. 29, H. 6, S. 554.

Das Charakteristische im zytologischen Bild des Rundzellensarkoms sieht der Verf. darin, daß dem exzentrisch gelegenen Kern ein Archoplasma anliegt, das selbst umfaßt wird von einer die peripherstenen Kernpole vereinenden „Kappe". Innerhalb der basophilen „Kappen" ließen sich häufig kleinste, helle Körperchen feststellen, in Analogie zu den bei tierischen Geschwulstzellen beschriebenen „chromophoben Körperchen. Auch aus der weiteren eingehenden Beschreibung der an 5 Fällen erhobenen Befunde legt Verf. die außerordentlich weitgehende Übereinstimmung im Bau dieser und der in seinen früheren Mitteilungen geschilderten, tierischen Geschwulstzellen dar. Auch das Studium der Art der Zellteilung, die vorwiegend amitotisch ist, spricht im gleichen Sinne. Die Arbeit schließt mit einer Mitteilung über die zytologische Abgrenzung des Rundzellen- vom Lymphosarkom. Bei letzterem scheint die Differenzierung des Zellplasmas in Archoplasma und „Kappe" nicht vorzukommen. Im übrigen glaubt der Verf., daß den Pathologen das charakteristische Strukturbild der Geschwulstzelle des Rundzellensarkoms völlig entgangen und nur von Unna, wenigstens teilweise, richtig erkannt worden ist.

F. Jacobsohn-Berlin.

Lipschütz, B.-Wien: Ergebnisse zytologischer Untersuchungen an Geschwülsten. VII. Über zytologische Befunde bei einem Fall von Naevokarzinom. Zschr. f. Krebsforschg., Bd. 29, H. 6, S. 564.

Die wichtigsten Veränderungen finden sich in der mittleren Schicht des vom Verf. untersuchten Naevokarzinoms. Es handelt sich vor allem um die schon von Unna beschriebenen Zellkolosse von 20—50 μ Durchmesser. Sie weisen eine Reihe typisch wiederkehrender Veränderungen auf, die — bei Giemsafärbung — nachweisbaren „Kappen". Sie kommen dadurch zustande, daß das paranukleär auftretende Archoplasma den Kern verdrängt und die Protoplasmamasse abhebt. Verf. hat ähnliche Befunde in den früheren Abschnitten an gewissen Zellen des Roustumors geschildert und glaubt auch beim Naevokarzinom eine „Plastinreaktion" des Zellplasmas der Geschwulstzellen feststellen zu können. In dem vorliegenden Falle konnten nebeneinander präexistente Naevuszellen und neuentstandene Krebszellen beobachtet werden. Für die Kanzerisation der Zelle scheint die Plastinreaktion hinzutreten zu müssen, um aus einer Normalzelle eine Geschwulstzelle zu erzeugen.

F. Jacobsohn-Berlin.

Sieber, F.-Danzig-Langfuhr: Kongenitales Sarkom der Haut. (Staatl. Frauen-) Zbl. f. Gyn., 1929, Nr. 44, S. 2796.

Mitteilung eines Falles von kongenitalem Sarkom der rechten Hüftgegend, das vom kutanen bzw. subkutanen Bindegewebe ausgegangen war. Nach operativer Ent-

Digitized by Google

fernung des Tumors und später der ebenfalls metastatisch erkrankten rechtsseitigen Leistendrüsen kam es im 8. Monat zu generalisierter Sarkomatose, an der der Säugling zugrunde ging. P. Peiser-Berlin.

Doleschall, Z.-Budapest: Primäres Angiosarkom. Verhdl. ungar. ärztl. Ges., 1919, Nr. 17, S. 225.

53jähr. Kranke. Auf der rechten Seite der Bauchhaut ein seit 10 Jahren bestehender, langsam wachsender, kindsfaustgroßer Tumor, hart, elastisch, mit der Haut über der Unterlage beweglich. Histologisch: Primäres Angiosarkom.

M. Kazarowa-T. Pasardschik.

Doleschall, Z.-Budapest: Ulcus carcinomatosum cruris. Verhdl. ungar. ärztl. Ges., 1929, Nr. 17. S. 225.

Am linken Unterschenkel eines 63jähr. Mannes seit 30 Jahren bestehendes, bald heilendes, bald wieder aufbrechendes Ulcus cruris. Seit einem Jahr im oberen Drittel des Unterschenkels handtellergroßer Defekt mit aufgeworfenen Rändern, Tumorcharakter und übelriechender Sekretion. Histologisch: Verhornendes Plattenepithelkarzinom. M. Kazarowa-T. Pasardschik.

Katoma, I.-Budapest: Sarcoma fuso-cellulare. Verhdl. ungar. ärztl. Ges., 1929, S. 289.

63jähr. Frau, vor einem Jahr über der rechten Hüfte ein linsengroßer blauer Fleck, daraus entstand in 5 Monaten eine schmerzlose hühnereigroße Geschwulst, die heftig blutet und geschwürig zerfällt; das Blutbild ist ein wenig nach rechts verschoben. Vom Fibrosarkom war sie durch die Geschwürsbildung und den histologischen Befund zu unterscheiden. M. Kazarowa-T. Pasardschik.

Bonne, C., u. J. Lodder-Batavia (Java): Über eine eigentümliche, dem Lymphogranulom und der Mycosis fungoides verwandte Allgemeinerkrankung. (Path. Inst. d. Med. Hochschule.) Beitr. path. Anat., Bd. 83, H. 2, S. 521.

Bei einem etwa 40jähr. Mann, der an einem geschwürigen Prozeß erst am Gaumen, dann an der Nase erkrankt war, ergab die Sektion außer dem nekrotisierenden, tumorartigen Prozeß an der äußeren Nase gleichartige „Tumor"knoten am Nasenseptum, in den Lungen, Nebennieren und im Magen und Darm — hier vielfach mit Geschwürsbildung — sowie in den mesenterialen Lymphknoten, endlich diffuse Verbreitung der „Tumorzellen" in Leber, Milz und Hypophyse, einigermaßen auch in Nebennieren, Lungen und Knochenmark. Hautveränderungen fehlten. Histologisch setzen sich die Herde aus polymorphen, großen Zellen mit unregelmäßigen, runkeln, oft gekerbten oder in der Mehrzahl vorhandenen Kernen zusammen. Z. T. Riesenzellen vom Sternbergtyp. Vielfach Sarkomähnlichkeit. Wahrscheinlich handelt es sich um eine primäre Beteiligung der Gefäßendothelien. Es kommen Lymphogranulomatose und Granuloma fungoides d'emblée in Betracht. Für letzteres spricht die Neigung zu geschwürigem Zerfall und die Veränderungen der größeren Gefäße, für erstere die Endothelveränderungen, die den von Coronini bei dieser Erkrankung beschriebenen entsprechen, der Reichtum an Sternbergschen Riesenzellen und das Ergebnis der Übertragung auf den Affen, die zu Tuberkulose führte. Die Deutung dieses Befundes läßt Verf. aber noch in der Schwebe. Für beide Affektionen ungewöhnlich ist die starke Beteiligung der Nase. Vielleicht gehört der Fall zu den jüngst von E. I. Kraus mitgeteilten und als Granuloma gangraenescens bezeichneten (Verh. d. Deutsch. pathol. Ges., 1929, S. 43) (Ref.).

Fr. Wohlwill-Hamburg.

Dermatomykosen

Tomkinson, J. G.: Favus of the Male Genitalia (Favus am männlichen Genitale). Brit. m. J., 1929, Nr. 3599, S. 1194.

Bericht über einen Fall mit ausschließlicher Lokalisation von typischen Favusläsionen auf der einen Seite des Penis und Skrotums nebst einigen, weniger typischen Läsionen auf der entsprechenden Fläche des Oberschenkels, bestätigt durch mikroskopische Präparate und Kulturen von Achorion Quinckeanum (Abbildungen). Übertragungsmodus nicht festzustellen, vielleicht durch Mäuse. Heilung binnen 14 Tagen durch Salizylanwendung und Ungt. hydrarg. ammoniatum.

A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Catanei, A.: Sur les altérations des cultures d'un Trichophyton gypseum au cours du vieillissement (Über die Veränderungen der Kulturen eines Trichophyton gypseum im Verlaufe des Alterns). Compt. rend. Soc. Biol., Bd. 102, Nr. 34, S. 807.

Digitized by Google

Ausgehend von der klassischen pleomorphen, flaumigen, weißen Form alter Kulturen des Trichophyton gypseum konnten drei verschiedene Kulturtypen als anscheinende Zwischenstadien im Verlaufe der Degeneration erzielt werden, bei der der weiße Flaum das Endstadium der pleomorphen Umwandlung darstellt.

E. Levin-Berlin.

Dowling, G. B.: Epidermal Infections with Yeast-Like Organismus (Epidermale Infektionen mit hefeartigen Organismen). Brit. m. J., 1929, Nr. 3594, S. 947.

D. gibt eine Darstellung der verschiedenen Epidermomykosen und der botanischen Stellung der spezifischen Erreger sowie von Beobachtungen, welche er selbst mit Mac Leod (1927—28) über den von Garner beschriebenen, bei Seborrhoe vorkommenden Pilz ausgeführt hat. Der auf verschiedenen Nährmedien (Maltose-Agar, saurer Glyzerin-Agar, oleinsaure Glukose-Bouillon) gezüchtete Mikroorganismus erzeugte beim Impfen auf die menschliche Haut Läsionen von typischer seborrhoischer Dermatitis, aus denen er auch wieder gewonnen werden konnte. Dieser Pilz scheint eine Abart des Moniliatyps darzustellen, weist aber gewisse Abweichungen auf. D. glaubt, daß es sich hier um die von Malassez beschriebenen Sporen handelt, die bei Seborrhoe ja auch regelmäßig angetroffen werden. Die Malassezsche Spore ist der einzige Mikroorganismus, den man bisher innerhalb der Schuppe nachgewiesen hat. Es bestehen individuelle Verschiedenheiten in bezug auf die Empfindlichkeit der Impfung mit diesem Organismus; am empfindlichsten erwies sich die mit einer akuten Form von seborrhoischer Dermatitis behafteten Menschen.

A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Reiss, F.: Caractères morphologiques et biologiques de certaines espèces de Monilia (Morphologische und biologische Charakter gewisser Moniliaarten). Arch. Parasitol., Bd. 7, Nr. 6, S. 506.

Verf. hat die Morphologie und das gärungsphysiologische Verhalten folgender Moniliaarten untersucht: M. krusei, M. tropicalis, M. macedoniensis, M. pinoyi, M. pseudotropicalis, M. metalondinensis. Am größten fand er die Zellen von M. pinoyi (4,5 μ) und von M. pseudotropicalis (4,8 μ). Die Größe der Zellen war auch von der C-Quelle abhängig: bei Zutat von Glukose, z. T. auch bei Maltose, waren die Zellen erheblich größer. Bezüglich des gärungsphysiologischen Verhaltens fand er, daß die Reaktionen vom Altern des Stammes fast völlig unabhängig seien, zum mindest würden sie nur ganz geringfügige und unbedeutende Abweichungen zeigen. Nach den Erfahrungen des Verf. sei die gärungsphysiologische Methode ein gut gezeichnetes Mittel zur Unterscheidung der verschiedenen Moniliaarten. Die im Laboratorium des Ref. mit den obigen Originalstämmen von Castellani durchgeführte gärungsphysiologische Untersuchung zeigte eben das Gegenteil: die große Abhängigkeit im Ausfall der Gärungsproben in bezug auf das Alter und das Alter der einzelnen Moniliastämme. Ganz unabhängig vom Ref. kam Gioelli in einer Arbeit aus dem Institut von Pollacci-Pavia zu denselben gegenteiligen, mit der Erfahrung des Ref. übereinstimmenden Resultaten. Ref.)

T. Benedek-Leipzig.

Windholz, F.-Wien: Über einen Fall von Kryptokokkensepsis des Menschen zugleich ein Beitrag zur Biologie und Pathogenität der Sproßpilze (Path.-anat. u. bakter. Inst. d. Krankenanstalt Rudolfstiftung). Beitr. path. Anat., Bd. 83, H. 2, S. 5

Als „Kryptokokken" werden mit Ota nicht sporenbildende Hefepilze bezeichnet, die in Kulturen keinerlei Myzelien entwickeln. Pathogene Wirkungen entfaltet dieser Sproßpilz im allgemeinen nur an der Haut und der Unterhaut. Allgemeininfektionen sind in Amerika öfter, in Europa nur ganz vereinzelt beobachtet worden. W. konnte eine solche Affektion bei einem 83jähr. Mann feststellen, der klinisch charakteristische Erscheinungen geboten hatte. Bei der Sektion wurden sonstige Veränderungen in der Mundhöhle und in der Speiseröhre, Abszesse in den Nieren, dem retroperitonealen Gewebe und in der Prostata sowie Geschwüre in den Harnwegen und der Haut der äußeren Genitalien gefunden. In allen erkrankten Organen sowie aus dem Blut und der Milz konnte einheitlich der genannte Pilz histologisch nachgewiesen bzw. kulturell gewonnen werden. Als Eingangspforte kämen die Harnwege oder die Speiseröhre in Betracht. Bei hämatogener Infektion der Nieren wäre das äußere Genitale durch den hefehaltigen Urin infiziert zu denken sein. Die gezüchteten Pilze waren für Mäuse, Kaninchen und Meerschweinchen hochpathogen. Nach 2 Jahren indes erzeugte die lange Zeit nicht mehr überimpfte Kultur nur noch lokale vorübergehende Abszesse. Gleichzeitig hatte sie die Eigenschaft, Myzel-

Digitized by Google

bilden, gewonnen und sich so in ihrer Erscheinungsform den Monilien genähert. Verf. weist besonders auf die häufige Beteiligung des Urogenitalsystems bei den Blastomykosen hin, die teils — bei hämatogener Infektion — mechanisch durch die Enge der Kapillaren (Orsos), teils durch ihre Zugänglichkeit für aufsteigende Infektionen zu erklären ist. Zum Beleg führt Verf. zwei Beobachtungen von Soormykose der Harnblase an, beide nicht, wie sonst vielfach beobachtet, in Verbindung mit Diabetes. Fr. Wohlwill-Hamburg.

Akute exanthematische Infektionskrankheiten

Paunz, J., u. E. Csoma-Budapest: Ist die Immunität der Neugeborenen gegen Scharlach plazentarer oder laktatorischer Herkunft? Verhdl. ungar. ärztl. Gesellsch., 1929, Nr. 17, S. 258f.

Neugeborene vererben die Scharlachimmunität ihrer gegen Scharlach immunen Mütter; die Art der Vererbung ist rein plazentar. Einerseits konnten größere Mengen des Antitoxins sowohl im Nabelstrangblut als auch im Serum von Neugeborenen und Säuglingen, die bis dahin keine Frauenmilch erhalten hatten, festgestellt werden, andererseits konnte die Resorption des Antitoxins im Kolostrum und der Frauenmilch durch die Darmwand nicht konstatiert werden. Im Einklang damit scheint die Art der Ernährung der Säuglinge auf die Dauer der vererbten Scharlachimmunität (5 Monate) keinen Einfluß zu üben. M. Kazarowa-T. Pasardschik.

Brock, J. H. E.: Meningo-encephylitis Fellowing German Measles (Meningoencephalitis nach Röteln). **Lancet, 1929, Nr. 5545, S. 1190.**

Verf. beschreibt den seltenen Fall von Meningo-Enzephalitis, der im Gefolge von Röteln bei einem Erwachsenen auftrat und in Heilung ausging.

P. Seier-Heidelberg.

Leschke, E.-Berlin: Alastrim, Variola und Pockenschutzimpfung. M. m. W., 1929, Nr. 50, S. 2079.

L. hatte Gelegenheit, eine im Mai 29 in Holland ausgebrochene Alastrimepidemie zu beobachten. Auf Grund von Vergleichsbeobachtungen während des Krieges sowie in England, Rußland, Nordamerika und von experimentellen Untersuchungen kommt Verf. zu dem Schluß, daß die „Alastrimerkrankung" mit Variola vera identisch ist. Es handelt sich bei der Alastrimerkrankung nur um eine milder verlaufende Pockenform, für die Verf. den Namen Variola mitigata vorschlägt. Die Identität der Krankheiten geht daraus hervor, daß die klinischen Erscheinungen durchaus den echten Pocken gleichen, daß sich in beiden Fällen im Pustelausstrich die sogenannten Paschenschen Körperchen finden, daß bei der Überimpfung von Pustelinhalt auf die Kaninchenkornea typische Paulsche Geschwüre sowie Guarnierische Körperchen auftreten, daß zwischen dem Virus beider Erkrankungen wechselseitige Immunität besteht, und daß Pockenschutzimpfung gegen beide Krankheiten vollkommenen Schutz verleiht. Die Letalität der Variola mitigata beträgt meist 0%. Zur epidemiologischen Bekämpfung dieser Erkrankung sind die gleichen Maßnahmen wie gegen die echten Pocken erforderlich.

Sprafke-Chemnitz.

Netter, A.: Encéphalite vaccinale (Vakzine-Enzephalitis). **Bull. de l'Acad. de méd., 1929, Nr. 35, S. 255.**

Im Juli 1929 entwickelte sich in Holland eine Epidemie, die den Charakter geschwächter Pocken (Alastrim) zeigte. Trotz der früher beobachteten Fälle von Vakzine-Enzephalitis (= V.-E.) glaubte man doch von der Empfehlung der Schutzpockenimpfung nicht Abstand nehmen zu sollen. Es wurden wiederum Fälle von V.-E. beobachtet, die als durch das Vakzinevirus direkt hervorgerufen aufgefaßt werden müssen. Dafür spricht der Nachweis von Anti-Vakzinevirus im Gehirn an V.-E. gestorbener Kinder, die Wirksamkeit intravenöser Einspritzungen eines von erfolgreich geimpften Personen stammenden Serums, die viel geringere Häufigkeit der V.-E. bei Revakzinierten. Die in den letzten Jahren beobachtete Zunahme der V.-E. kann auf gesteigerter Virulenz beruhen, die dadurch zustande kommt, daß in den Lympherzeugungsinstituten nach mehreren Passagen beim Kalb Passagen beim Kaninchen eingeschoben werden. Man sollte also auf diese verzichten. Zur Behandlung der V.-E. kann Serum kürzlich geimpfter Personen oder bei dessen Mangel das immunisierter Tiere empfohlen werden. E. Levin-Berlin.

Digitized by Google

Groth, A.-München: Zur Ätiologie der Melkerknoten. (Bayr. Landesimpfanstalt.) M. m. W., 1929, Nr. 51, S. 2128.

G. kommt zur Ablehnung der vakzinalen Natur der Melkerknoten. Es ist bisher noch nicht einwandfrei gelungen, in den Melkerknoten oder bei Überimpfungen von Melkerknotengewebe auf die Kaninchenkornea die typischen spezifischen Gebilde, wie man sie bei der echten Vakzine stets nachweisen kann, darzustellen. Auch bei einem eigenen Falle mit zahlreichen Melkerknoten hat er trotz sorgfältiger tierexperimenteller Untersuchungen keine Veränderungen, die für die vakzinale Natur der Melkerknoten beweisend wären, finden können. Diese wäre auch schwer mit den bisherigen Beobachtungen und experimentellen Untersuchungen bei vakzinalen Infektionen in Einklang zu bringen. Die Anschauung, daß es sich bei der Infektion mit vakzinalem Erreger stets um einen äußerst akuten Ablauf der reaktiven Äußerungen des Organismus handele, müßte dahin abgeändert werden, daß auch ein chronischer Verlauf dieser Infektion möglich ist. Gegen die Annahme, daß es sich um eine Abortivform handele oder daß durch äußere Momente eine Abschwächung des Pockenvirus eingetreten ist, sprechen die geringen proliferativen Erscheinungen und das Fehlen von Unterlagen für die Wandlungsfähigkeit des Virus. Vielleicht handelt es sich bei Melkerknoten um eine Paravakzine im Sinne Pirquets. In diesem Falle müßte dann doch eine typische vakzinale Infektion angenommen werden, auf deren Boden es durch eine zweite Infektion zur Ausbildung knotiger Gebilde kommt. Für die Paravakzine bei der Impfung macht Pirquet einen neben dem Vakzineerreger in der Kälberlymphe vorkommenden Parasiten verantwortlich.

Sprafke-Chemnitz.

Lepra

Drennowa, K. A.-Leningrad: Die pathologisch-histologischen Veränderungen der inneren Organe des Meerschweinchens bei experimentell erzeugter Lepra. (Labor. d. Path. Anat. am Med. Inst.) Virch. Arch., Bd. 274, H. 1, S. 247.

Eine Emulsion aus Lymphknoten eines an Lepra nodosa Erkrankten wurde Meerschweinchen unter die Haut gespritzt, die Infektion in 2 Passagen weitergeführt und Milz, Leber, Lungen, Gekröselymphknoten, Nieren und Nebennieren histologisch untersucht. Es fanden sich: Granulome von knotigem Typ mit Neigung zur Fibromatose, Nekrosen, besonders in Milz und Leber, zustande gekommen entweder durch Giftwirkung oder durch Infarkte als Folge von Thrombenbildung in veränderten Blutgefäßen, eine große Zahl vakuolisierter Zellen in den erkrankten Organen und in diesen Zellen sowie außerhalb von ihnen säurefeste, nach Ziehl-Neelson färbbare Bazillen. Charakteristisch ist ferner die Umwandlung der Alveolarepithelien in kubische, den embryonalen gleichende Elemente, die vielleicht den Tod der Versuchstiere (deren Herz intakt ist) durch Erstickung mitbedingen. Im ganzen handelt es sich um eine starke Reaktion einerseits des Zwischengewebes in Bildung reichlicher kollagener und präkollagener Fasern und andererseits des Gefäßendothels und des Retikulo-Endothels.

Fr. Wohlwill-Hamburg.

Shiga, K.-Keijio: Studien über die Kultur der Leprabazillen. (Mikrobiol. Inst. d. Univ.) Zbl. Bd. 114, H. 7/8, S. 511.

Zum Zwecke der Kultivierung von Leprabazillen werden Lepraknoten im Mörser unter Zusatz von 5% Schwefelsäure zerrieben, die Emulsion 20 Minuten im Eisschrank belassen, zentrifugiert, der Bodensatz mit physiologischer Kochsalzlösung ausgewaschen und dann auf Kartoffeln übertragen. Nach 2 Monaten erst beginnt das Wachstum der Leprabazillen. Die Kolonien sind zart, dünn und unsichtbar und lassen sich auf Kartoffeln durch Generationen weiterzüchten. Durch Übertragung von Kartoffeln auf Glyzerinagar konnten kleine, aber sichtbare Kolonien erzielt werden.

F. Harry-Wiesbaden.

Cana'an, T.-Jerusalem: Die Jodkalibehandlung der Lepra. (Leprahaus der Internationalen Brüdergemeinde.) Arch. f. Schiffs- u. Trop.-Hyg., Bd. 33, H. 12, S. 6[illegible].

Verf. unterzog 19 Fälle der KJ.-Behandlung. 13mal handelte es sich um Knotenlepra, 2mal bzw. 4mal um Nerven- bzw. gemischte Lepra. Die Dosierung erfolgte sehr vorsichtig. Die Kranken erhielten als Anfangsgabe 0,02 oder, wenn sie schwächlich waren, sogar nur 0,01 bzw. 0,005. Verf. hielt sich streng an die Vorschriften von Muir. Tuberkulösen verabfolgte er das Mittel nicht. Trotz sehr vorsichtiger Steigerung der Dosen waren die Nebenerscheinungen und Reaktionen bei einem großen Teil der Kranken derartig stark, daß sie zum Absetzen des Mittels

Digitized by Google

zwangen. In fünf Fällen trat ein der Lepra sehr ähnelnder Ausschlag auf. In zwei Fällen erschienen Hautgeschwülste in gehäufter Form, deren Inneres massenhaft Leprabazillen erhielt. Sehr unangenehm waren die Augenerscheinungen und die Verminderung der Sehkraft. Brechreiz und Kopfschmerz machten sich häufig bemerkbar. Die Ergebnisse der Behandlung ermutigten in keiner Weise, in einem großen Prozentsatz verschlimmert sich die Erkrankung. Die Verträglichkeit des KJ. ist gering. Zusammenfassend ist zu sagen, daß nur bei wenigen sich eine Besserung erzielen läßt und daß die Grenzen der KJ.-Behandlung noch nicht genau genug festgelegt sind. Ruge-Kiel.

Tuberkulose

Hollande, A. Ch., u. G. Hollande: Action du bleu de Nil sur la Bacille tuberculeux (Wirkung des Nilblau auf den Tuberkelbazillus). Compt. rend. Soc. Biol., Bd. 102, Nr. 31, S. 546.

Das salzsaure Nilblau durchdringt die Membran lebender Tuberkelbazillen und färbt die Much'schen Granula elektiv blau. Seine Einwirkung auf Kulturen, die übrigens mit verschiedenartiger Zusammensetzung des Nährbodens und dem Vorherrschen grampositiver oder gramnegativer Mikroben wechselt, ist bei 1:1000000 eine reine Entwicklung der Kultur vollkommen hemmende; bei 1:8000 ist vitale Färbung möglich, bei 1:6000 wird die Virulenz der Bazillen bedeutend herabgesetzt, bei 1:5000 werden sie abgetötet. E. Levin-Berlin.

Felsenfeld, O.-Prag: Die filtrable Form des Tuberkulosevirus. (Kl. d. Karlsuniv.) M. Kl., 1929, Nr. 51, S. 1973.

Der Koch'sche Bazillus hat sicher eine den Filter passierende Form (filtrable Form, Ultravirus), von der man aber noch nicht weiß, was sie eigentlich ist. Filtrate tuberkulöser Produkte erzeugen keine nodulären Formen mit ausgesprochenen tuberkulösen Läsionen, sondern die charakteristischen kachektischen Formen mit Drüsenschwellungen, in denen nur sehr schwer und spärlich Tuberkelbazillen nachweisbar sind. Weiterimpfungen dieser Drüsen auf andere Tiere bewirken typische verkäsende Tuberkulose. Wichtig ist die filtrierbare Form des Tuberkulosevirus als mögliche Ursache der Transplazentarinfektion; die experimentelle Filtrattuberkulose scheint ein wertvolles diagnostisches Hilfsmittel zu sein. E. Levin-Berlin.

Walther, K.-Berlin: Züchtungsergebnisse und Abtötungsversuche mit dem Hohnschen Schwefelsäureverfahren. (Hyg. Inst. d. Univ. Berlin.) Zbl. f. Bakt., Bd. 115, H. 3/4, S. 235.

In 17 Fällen mit positivem Sputumbefund konnten mittels des Hohnschen Verfahrens immer Tuberkelbazillen gezüchtet werden. Unter 80 verdächtigen Sputa wurden mit Antiformin 4mal, nach Hohn 13mal Tuberkelbazillen nachgewiesen. Das Hohnsche Verfahren eignet sich besser als der Tierversuch zum Bazillennachweis. Es versagt nur bei Anwesenheit von Trompetenbazillen, da diese durch H_2SO_4 nicht abgetötet werden. F. Harry-Wiesbaden.

Sonak, M.-Lahore (Indien): Die Beziehungen zwischen entwicklungshemmenden Stoffen für Tuberkelbazillen und der Tuberkulinallergie. (Hyg. Inst. d. Univ. Breslau.) Zbl. f. Bakt., Bd. 115, H. 3/4, S. 173.

Das Wachstum der Tuberkelbazillen zeigte im Blute pirquetpositiver tuberkulöser Kinder ausgesprochene Hemmung. Das Blut masernkranker Kinder während und kurz nach dem Exanthem, ferner das zweier pirquetnegativer Kinder begünstigte das Wachstum der Tuberkelbazillen. Die Versuche wurden mittels der Wright'schen Technik der Implantation von Tuberkelbazillen ins Blut ausgeführt.

F. Harry-Wiesbaden.

Iwanovics, G.-Szeged: Über die Serodiagnose der Tuberkulose. Verhdl. ungar. ärztl. Ges., 1929, Nr. 16, S. 246.

Verf. kommt zu dem Ergebnis, daß die Darányische Labilitätsreaktion wegen der Einfachheit und des verhältnismäßig hohen Prozentsatzes ihrer positiven Resultate der Komplementbindungsreaktion gegenüber, die eine komplizierte Methodik hat, zu bevorzugen sei, weil letztere nur in 50—60% positiv ausfällt, dabei ihre Spezifizität beschränkt und nur bei Berücksichtigung gewisser Kautelen akzeptierbar ist.

M. Kazarowa-T. Pasardschik.

Bertin, E., P. Nayrac u. A. Breton: Le sperme des tuberculeux pulmonaires (Sperma tuberkulöser Lungenkranker). Compt. rend. Soc. Biol., Bd. 102, Nr. 33, S. 795.

Um festzustellen, ob das Sperma tuberkulöser Lungenkranker, bei denen keine

Digitized by Google

tuberkulösen Urogenitalerkrankungen bestehen, Tuberkelbazillen enthält, wurde von fünf derartigen Personen Sperma so aseptisch wie möglich entnommen und in einer Menge von 2 ccm Meerschweinchen eingespritzt. Nach einigen Monaten fanden sich bei den Tieren sehr kleine Drüsenschwellungen, die keine Tuberkelbazillen enthielten, aber keinerlei typische oder atypische tuberkulöse Läsionen, und ebensowenig die Tieren, auf die Teile der Drüsen verimpft worden waren. Die Versuche scheinen für die alte Anschauung zu sprechen, daß der Vater bei der hereditären Tuberkulose keine Rolle spielt. E. Levin-Berlin.

Wail-Moskau: Die Tuberkulose der Haut und ihre Beziehung zur Tuberkulose der inneren Organe. Klinitscheskaja Medicina, 1929, Bd. 7, Nr. 20.

Die Versuche des Verf. ergaben, daß die intrakutane Infektion von Meerschweinchen, Kaninchen und Affen mit Tuberkulose bei denselben einen tuberkulösen Hautprozeß hervorruft, der histologisch sehr an den Lupus vulg. beim Menschen erinnert. Die auf solche Weise intrakutan tuberkulös infizierten Tiere gehen erst spät zugrunde (nach 6—8—12 Monaten), selbst wenn man ihnen eine verhältnismäßig große Menge von Tuberkelbazillen einführt, während bei einer intraabdominalen Injektion derselben Dosis die Tiere nur $1^1/_2$—3 Monate leben. Kontrolltiere, welchen eine Emulsion von hauttuberkulöser Affektion des Meerschweinchens in die Bauchhöhle injiziert wird, leben länger als Meerschweinchen, welche durch eine Emulsion von, an Tuberkulose erkrankten inneren Organen infiziert wurden. Bei der intrakutanen Infektion erfolgt die Generalisierung der Tuberkulose ziemlich früh, aber der Prozeß glimmt gleichsam, da die Tuberkulose bei Meerschweinchen, welche in den ersten Monaten nach der Impfung getötet wurden, in den inneren Organen nicht nachgewiesen wird oder sich erst im Anfangsstadium der Entwicklung befindet. In der folgenden Periode tritt eine Erkrankung der inneren Organe ein, und auch der Lymphdrüsen. Bei bedeutender Ausbreitung der Hauttuberkulose sind die entsprechenden Veränderungen in den inneren Organen in geringerem Grade als in den Fällen ausgesprochen, wo die primären hauttuberkulösen Veränderungen gering waren und schnell verschwanden. A. Jordan-Moskau.

Hallam, R.: Lupus vulgaris. Brit. m. J., 1929, Nr. 3593, S. 885.

H. betont den Wert der frühzeitigen Erkennung und Behandlung des Leidens. Vor allem ist auf den Zustand der Nasenschleimhaut größte Aufmerksamkeit zu verwenden, um beginnenden Lupus rechtzeitig zu erkennen. Die Langsche Methode der Exzision von kleinen Läsionen hat auch in England ausgezeichnete Resultate gegeben. Desgleichen die Bestrahlung des ganzen Körpers mit Kohlenbogenlicht und — soweit erreichbar — mit natürlichem Sonnenlicht zur Unterstützung der Lokalbehandlung. Vor allem plädiert Verf. für die Errichtung eines Spezialinstituts mit angegliedertem Erholungsheim zur Förderung der Forschung und zur Bekämpfung des Leidens. A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Fabry, J.-Dortmund: Zur Frage der Hauttuberkulose als Berufskrankheit bei Bergleuten. M. m. W., 1929, Nr. 47, S. 1962.

Die früher recht häufige Tuberculosis verrucosa bei Bergleuten ist in den letzten Jahren bedeutend seltener geworden. Die Ursache sieht F. in der Besserung der hygienischen Verhältnisse „unter Tage". Sprafke-Chemnitz.

Tagesgeschichtliche Nachrichten

Die VII. Tagung mitteldeutscher Dermatologen findet am 28. und 29. Juni in Dresden statt.

Gewählt: Dr. William Allen Pusey-Chicago, Dr. Dujardin-Brüssel, Dr. Friedrich Reiss-Shanghai und Dr. S. Lomholt-Kopenhagen zu korrespondierenden Mitgliedern der Société française de Dermatologie et Syphiligraphie.

Ernannt: Dr. J. Fabre zum Oberarzt (chef de clinique) der Dermatologischen Klinik in Toulouse.

Gestorben: Dr. Georg Hügel in Straßburg i. E.

Nachdruck (auch des Abschnittes „Tagesg. Nachr.") ist ohne Genehmigung des Verlages nicht erlaubt

Verantwortlich für die Redaktion: für Originalabhandlungen und T. N.: Prof. Dr. J. H. Becker, Leipzig, Johannisplatz 1. Für den Referatenteil: Dr. Fritz Callomon, Dessau

Digitized by Google

Dermatologische Wochenschrift

Nr. 26 (Bd. 90) 28. Juni 1930

Die Behandlung der Psoriasis, der Ekzeme und pruriginösen Dermatosen mit Ochrosilpräparaten

Von

San.-Rat Dr. Karl Schindler, Facharzt für Hautkrankheiten in Fulda

Die Präparate und Methoden, welche ich jetzt der Öffentlichkeit übergebe, sind nach manchen Wandlungen nunmehr das Endergebnis dauernder Erprobung in meiner Praxis seit Pfingsten 1926.

Ochrosil ist ein Alkoholextrakt aus einem Gemisch ausgesuchter chlorophyllhaltiger Kräuter, nach deren einem — Galeopsis ochroleuca — der Name Ochrosil gewählt ist. Alle Ochrosilpräparate enthalten diesen Extrakt in verschiedener Einstellung. Der Extrakt besitzt die Eigenschaft der Fluoreszenz bei auffallendem Licht. Infolge ihrer besonderen Zubereitung zeigen die Ochrosilpräparate, als Salbe oder Öle zu Einreibung oder Verbänden benutzt, eine außerordentliche, manchmal verblüffende Wirksamkeit. Diese kann, wo es nötig ist, noch weiter erhöht werden, wenn man die Haut unmittelbar nach der Einreibung mit den Ochrosilölen oder der Auftragung der Salben bestrahlt. Diese Ochrosilpräparate haben infolge ihres Gehaltes an Extrakt ebenfalls die Eigenschaft der Fluoreszenz, sie sind lichtsensibel und lichtdurchlässig. In die Haut verrieben oder auf Geschwüre vorsichtig aufgetragen, wirken die Ochrosilöle und Salben als der Haut direkt aufliegender, chemotherapeutischer Filter für Lichtbestrahlungen pharmakodynamisch, die Gewebszelle sensibilisierend, sowohl bei Sonnen-, als auch bei künstlichem Licht, sowohl langwelligen Wärme- und Lichtstrahlen, als auch kurzwelligem Erythem erzeugenden Ultraviolett. Die Fluoreszenz gibt den Ochrosilpräparaten ihre eigene und besondere Doppelstellung als Einreibungs- und Verbandsalbe in herkömmlicher Weise und gleichzeitig als photochemischer Hautfilter für notwendige Lichtbestrahlungen vor Anlegung des Okklusionsverbandes. Die Trias von Licht, Wärme und Chemikale zu gleicher Zeit wirkt aktivierend, sowohl die Zelle sensibilisierend, als auch die biologische Wirkung der Strahlung verstärkend.

I.

Ich beginne mit der Behandlung der Schuppenflechte. Ich bediene mich hierzu 1. der Ochrosil-Chrysarobinpaste oder 2. des Ochrosil-Chrysarobinöls (mite 1%, forte 10%).

Die Ochrosil-Chrysarobinpaste (eigentlich Ochrosil-Chrysarobinöl-Trockenpaste) ist eine auf optimalste Wirkung ausgeprobte Einheitsdosierung des Chrysarobins mit der Eigenschaft, in dünner Schicht auf der Haut trocken zu werden. Diese Paste wirkt verblüffend schnell und intensiv, im Normalfall oft schon nach einer Einreibung

Digitized by Google

das ganze eingeriebene Feld abheilend oder die Abheilung einleitend. Die Paste, wie auch die Öle, sollen nicht dick aufgeschmiert, sondern in dünner Schicht gut, fast bis zur Trockenheit in die Haut hineinverrieben werden. Das geschieht am besten, sauberste und sparsamsten mit 30 cm langen, 4 mm dicken Glasstäbchen, indem man immer ein wenig auf die Kuppe des Glasstabes nimmt und erst dieses ordentlich verreibt, dann wieder ein wenig usw. Die Paste enthält außer dem klaren Ochrosil-Chrysarobinöl und dem Pflanzenextrakt Ochrosil auch noch in mineralischen Pudern feinst verteiltes Chrysarobinpulver. Die Ochrosil-Chrysarobinpaste ist stets nur pur anzuwenden, ohne Zusatz irgend welcher Art. In Betracht kommt jedoch Acid. salicyl. bei stark infiltrierter oder stark schuppender Psoriasis; alsdann verreibt man erst etwas 2%ige Salicyl-Lanolin anhydr. in die Haut hinein und danach die Paste. Die phänomenale Schnellwirkung der Paste erübrigt eine Lichtbestrahlung. Als Filter für eine gleichzeitige Lichtbestrahlung, sofern sie nötig wird, eignen sich die Ochrosil-Chrysarobinöle am besten, weil sie infolge ihrer Herstellung eine geringere Eigenabsorption des Lichtes haben und daher auch lichtdurchlässiger sind als die an und für sich auch photosensible Paste.

Die Ochrosil-Chrysarobinöle (mite 1% und forte 10%) wirken ähnlich wie die Paste, aber milder und haben ihre besonderen Indikationen. Das Ochrosil-Chrysarobinöl mite 1% enthält, außer dem Extrakt, das Chrysarobinpulver ohne geringste Abscheidung klar gelöst! Im auffallenden Licht fluoresziert es und erscheint dann undurchsichtig. Desgleichen das Ochrosil-Chrysarobinöl forte 10%, eine kolloidale emulsionsartige Flüssigkeit.

Die gegebene Indikation für die Öle ist die stark behaarte Haut; auf der Kopfhaut kommt nur das Ochrosil-Chrysarobinöl mite 1% zur Anwendung als Chemofilter für gleichzeitige Lichtbestrahlung; auf der Körperhaut kommt auch das Ochrosil-Chrysarobinöl forte 10% zur Anwendung. Eine Bestrahlung der Körperhaut wird nur ausnahmsweise nötig. Bemerkenswert ist, daß die Haare, auch sogar blonde, nach der Einreibung mit dem Ochrosil-Chrysarobinöl mite und gleichzeitiger Belichtung auch nach öfterer Wiederholung, nicht im geringsten verfärbt werden! Augenreizungen sind nicht zu befürchten. Bei etwaigen Bestrahlungen sind irgend welche Zusätze zu den Ölen zu unterlassen. Nur zur Einreibung allein kann man die Öle mit anderen üblichen Psoriasisheilmitteln mischen.

In den Ölen lösen sich Acid. salicyl., Pyrogallol und Teeröle, besonders Ol. Cadini. Teer wende ich überhaupt nur sehr selten wegen des bei den Kranken wenig beliebten Geruches an, und im allgemeinen habe ich, schon um ihren Wert festzustellen, die Ochrosil-Chrysarobinöle nur pur gebraucht, dann und wann bei hyperkeratotischer Haut und starker Neigung zur Schuppenbildung mit einem Zusatz von Acid. salicyl. Zur milden Zwischen- oder Nachbehandlung benutze ich gern die Mischung des 1%igen Ochrosil-Chrysarobinöls mite mit 96%igem Alkohol zu gleichen Teilen. Diese alkoholische Ochrosil-Chrysarobinöllösung läßt sich fast bis zur Unsichtbarkeit mit dem Glasstab in die Haut verreiben. Mit Zinc. oxydat. wird dann so lange nachgerieben und noch überpudert, bis sich eine vollkommen trockene Decke gebildet hat. Die Extremitäten umwickelt man zum Schutz mit einer Mullbinde.

Rp. Ochrosil-Chrysarobinöl mite 1%
Spirit. 96%, āā 30,0
D. in vitro nigro
S. mit Glasstab einreiben, dann dick überpudern.

Das Ochrosil-Chrysarobinöl ist so milde und wirksam, daß das Dioxyanthranol, Cignolin genannt, nur den Vorzug vor ihm hat, zehnmal so teuer zu sein. Es ließen sich auch ein- und zehnprozentige klare Ochrosil-Cignolinöle herstellen und klinisch verwenden. Mit dieser Feststellung habe ich mich aus Sparsamkeitsrücksichten begnügt.

Methodik der Ochrosil-Chrysarobin-Anwendung

Die rapide Wirkung des Ochrosil-Chrysarobins in den Ölen und in der Ochrosil-Chrysarobinpaste beruht auf der Eigenschaft, durch starke

Digitized by Google

Ultraviolettlicht oder durch Wärme leicht in den Zustand der Autoxydation überzugehen. In diesem ist das Ochrosil-Chrysarobin nicht nur sehr viel wirksamer, sondern auch zugleich sehr viel reizloser, als das Chrysarobin der Pharmakopöe. In den ersten Jahren meiner Versuche besaß ich nur die Öle, aber noch nicht die Paste, und ich bestrahlte deshalb damals die Haut nach vorheriger Einreibung der Öle immer, weil diese erst nach und nach die hochaktive Form bekamen, in der ich sie jetzt, wie auch die später entstandene Ochrosil-Chrysarobinpaste, herausgebe. Von Anfang an aber hatte ich neben dem Licht auch die Wärmehyperämie ausgenutzt, indem ich die eingeriebene bestrahlte Haut durch eine doppelte Einpflasterung luftdicht abschließe. Dadurch wird auch die Wäsche der Kranken geschützt. Die eingeriebene Haut wird unmittelbar mit Zinkoxydguttaplast Nr. 24 oder auch mit Guttaperchatatist bedeckt, darüber dann mit Leukoplast abgedichtet (bei großen Feldern am schnellsten und bequemsten mit Leukoplast Nr. 510, 1:18 cm, bei kleineren mit 5 cm breiten Streifen Leukoplast Nr. 524, 5:5 cm). An Armen und Beinen besonders bequem mit Trikoplast-Leukoplast Nr. 1076 (5 m × 6 cm). Die Nummern beziehen sich auf die Originalpflaster der Beiersdorf & Co. A.-G. Hamburg, mit denen ich ausschließlich arbeite. Nach der Einreibung nur der Trockenpaste, genügt es am Rücken und der Brust, an nicht bewegten Körperteilen, auch das Zinkoxydguttaplast nur an den Rändern mit 5 cm breiten Leukoplaststreifen abzudichten. Immer entsteht danach eine Hyperämie der Haut, deren verschiedene Intensität und Farbe sowohl vom Einzelindividuum, als auch vom Präparat, als auch von der Art der Abdichtung abhängt, schwächer oder kräftiger rot mit nur sehr geringer Hautverfärbung nach der Abdeckung mit Zinkoxydguttaplast, kräftiger rot bis dunkelbraunrot die Haut stärker hyperämisierend nach Abdichtung mit Guttaperchabatist-Leukoplast. Die therapeuthische Wirkung der Ochrosil-Chrysarobinpaste ist gewöhnlich schneller und durchschlagender, als diejenige der Öle. Die Ochrosil-Chrysarobinöle werden aber aktiviert, wenn man die mit ihnen eingeriebene Haut bestrahlt oder nur statt mit Zinkoxydguttaplast, mit Guttaperchabatist umhüllt und mit Leukoplast abdichtet.

Für die Psoriasis des Kopfes, wenn die Haut nicht nur schuppt, sondern mit psoriatischen Eruptionen bedeckt ist, ist die gleichzeitige Bestrahlung der mit dem 1%igen klaren Ochrosil-Chrysarobinöl mite eingeriebenen Haut nach Abschneidung der Haare die Methode der Wahl! Selbstverständlich darf das Ochrosil-Chrysarobinöl nicht als „Haaröl" etwa dem Kranken selbst zur Einfettung des Kopfhaares verordnet werden. Diese Behandlung am Kopf ist auch für den praktischen Arzt zu spezialistisch und bleibt am besten dem Facharzt vorbehalten. Mit dieser Ausnahme ist die Behandlungsmethodik so einfach und ungefährlich, daß auch der Kranke selbst oder seine Angehörigen die Einreibungen und Einpflasterungen, sowie deren Entfernung und Säuberung der Haut mit Benzin, nach Anleitung, Unterweisung und fortdauernder Kontrolle des Arztes selbst vornehmen können und auch recht gut durchführen!

Für die Bestrahlung der Haut ist das Ochrosil-Chrysarobinöl forte 10% zu empfehlen. Die hierdurch bedingte Wirkungssteigerung ist bei oberflächlicher, weithin über die Haut zerstreuter, kleinfleckiger Psoriasis be-

Digitized by Google

sonders evident; oft genug erlebt man hierbei mit einer Bestrahlung in diesen leichteren Fällen die Abheilung: weiße Tupfen im roten Erythemfeld: Res finita! Bei stark infiltrierten, inveterierten Herden muß man natürlich mindestens zweimal bestrahlen. Die Reaktionen sind nach den Bestrahlungen und Einpflasterungen niemals schmerzend und klingen in wenigen Tagen ab.

Man kann so vorgehen, aber man muß es nicht mehr; man braucht die Körperpsoriasis eigentlich nur noch in ganz refraktären Fällen ausnahmsweise zu bestrahlen. Nach meinen langjährigen Erfahrungen bevorzuge ich jetzt stets erst die Behandlung ohne gleichzeitige Bestrahlung, sei es mit der Ochrosil-Chrysarobinpaste, wobei erforderlichenfalls[1]) 2½% Salizylvaseline oder -Lanolin vorher in das Feld verrieben werden kann, sei es mit dem Ochrosil-Chrysarobinöl forte 10%, aber unter Gummibatist-Leukoplastabschluß. Das Öl wirkt dann ebenso intensiv wie die Paste. Sofern hierbei bei einzelnen Individuen durch die Spontanoxydation des Ochrosil-Chrysarobins zunächst eine stärkere Verfärbung der Haut eintritt, so ist diese stets nur oberflächlich und schuppt sich in wenigen Tagen ab. Verfärbungen bleiben nicht zurück, und diese Reaktion ist gänzlich harmlos, so daß sie sich vorteilhaft von der schmerzenden bekannten Chrysarobinentzündung prinzipiell unterscheidet. Wie lange können die Pflaster liegen bleiben? In der Regel entferne ich sie 3. Tage nach der Anlegung den Verband; manche Kranke haben sie wider meine Vorschrift 4 und 5 Tage getragen, ohne irgend welche übermäßige Reaktion, und ohne die geringsten Schmerzen, auch bei Einpflasterung ganzer Extremitäten mit den Originalpflastern Beiersdorf, gegen welche die Haut sehr tolerant ist. Was macht man nun nach der ersten Einreibung? Das Allerverschiedenste im einzelnen Fall; war der Iktus noch nicht durchschlagend, so wiederholt man ihn in gleicher Stärke oder man reibt mit Ochrosil-Chrysarobinöl mite 1% ein oder mit der Ochrosil-Chrysarobinöl mite -Trockenpuderung, deren besondere Rezeptur ich angab. Nur bei ganz oberflächlichen Flecken könnte man sich darauf verlassen, daß die Schnellheilung von Dauer ist; immer wird man doch so oder so weiterbehandeln oder den Psoriatiker sich selbst weiterbehandeln lassen, bis der Erfolg des ersten Iktus durchaus gesichert ist. Um nicht monoton zu werden, will ich nur wenige Krankengeschichten hier anführen, zumal ich aus älterer und neuerer Zeit eine größere Anzahl z. T. naturfarbiger Agfaplatten vor und nach der ersten Behandlung besitze.

Nur kurz will ich noch über die Rezidive berichten. Über die Häufigkeit und das Intervall derselben kann erst die Zukunft Klarheit bringen, weil bisher die Psoriasis sehr ungleich behandelt wurden infolge der schrittweisen Verbesserung und Neugestaltung der Ochrosil-Chrysarobinöl-Präparate. Aus neuerer Zeit wurden mir keine Rezidive bekannt; aus dem Jahr 1927 wurde mir ein Rezidiv bekannt, genau nach einem Jahr, aus dem Jahr 1928 wurden mir 2 Rezidive bekannt nach 2 Jahren. Die 1928er waren eine universelle Psoriasis, die Rezidive waren kleinfleckig, spärlich, da und dort auf der Haut zerstreut, während ehemals kaum eine Stelle der Haut von großfigurigen Herden frei war. Von anderen Kranken weiß ich nichts.

Zu den einzelnen Fällen übergehend möchte ich nicht unerwähnt lassen, daß in zwei Fällen schwerster Art alter Psoriasis, der eine

[1]) Evtl. durch öftere Wiederholung der Pasten oder 10%igen Öleinreibung, wenn die milde Nachbehandlung doch zu früh erfolgte.

Digitized by Google

plötzlichem Nachschub großer livider Scheiben über alle noch freien Stellen des Körpers, überraschend schnell und zum ersten Male eine völlige Abheilung nach vorsichtigen Sonnenlichtbestrahlungen zu Hause im Bett auf der Veranda über der anfangs mit Ochrosil-Chrysarobinöl nite, später forte eingeriebenen Haut eintrat. Leider weigerten sich diese beiden Kranken sich photographieren zu lassen.

Casus

A. Die Bestrahlung der Psoriasis des Kopfes nach vorheriger Einreibung der Haut mit dem klaren Ochrosil-Chrysarobinöl mite 1%. (Stets nach der Bestrahlung Kopfkappe mit Guttaperchabatist, durch Mullbinde fixiert, überdeckt durch einige zirkuläre und sagittale Leukoplaststreifen.) Von sieben Fällen isolierter Schuppenflechte des Kopfes waren drei nach der ersten Einreibung und gleichzeitiger Bestrahlnug innerhalb 24 Stunden schon völlig abgeheilt. Die Haare wurden stets vorher ganz kurz geschoren, andernfalls lasse ich mich erst nicht auf eine Behandlung ein. Von den roten figurierten, mäßig infiltrierten Flecken am Nacken, Hinterkopf, Schläfe rechts auch nicht die Spur mehr zu sehen. Einer dieser Psoriatiker war hellblond — am 26. XI. 1929 eingerieben, bestrahlt —, am 27. XI. 1929 abgeheilt, noch einmal prophylaktisch eingerieben, Haare nicht verfärbt. Weiter Waschung mit Salizylspiritus. Noch kein Rezidiv am 10. V. 1930.

Maurer. Breite dunkelrote stark infiltrierte Scheiben über den ganzen Kopf ausgebreitet, jeden 3. Tag (vier Felder) Bestrahlung. Danach nur Einreibung ohne Bestrahlung. Beginn 15 Februar, geheilt 2. März 1929.

Chauffeur. Der ganze Kopf bedeckt mit dunkelroten, erhabenen, großen, derben Eruptionen, dazu aber ein sekundäres nässendes Ekzem, stark juckend und zahlreiche, kleinere Furunkel. Vorbehandlung mit feuchten Verbänden, Säuberung des Terrains vom 20.—24. VI. 1929. Alsdann jeden 3. Tag Einreibung mit Ochrosyl-Chrysarobinöl forte 1% und Bestrahlung nach und nach des ganzen Kopfes mit 4-Feldereinstellung vom 24. VI. bis 15. VII. 1929. An diesem Tag vollkommen geheilt, Kopfhaut sauber, trocken. Am 7. X. 1929 noch ebenso.

Junge Frau. Dunkelblond (vor und nach der Behandlung photographiert). Haare ganz kurz abgeschoren. Am 14. I. 1930 Bild vor der ersten Einreibung mit Miteöl und Bestrahlung. Ganzer Kopf bedeckt mit derb infiltrierten, stark schuppenden figurierten Eruptionen; 20. I. 1930 nur noch da und dort oberflächliche nicht mehr infiltrierte, kleine, leicht rötlich gefärbte Flecke (zweites Bild). Jetzt 2. Bestrahlung und noch zweimal Chrysarobinöl mite-Einreibung, dann Eigenbehandlung der Frau zu Hause, Salizyl-Spiritus-Kopfwaschung! Schlußbild 6. III. 1930. Dieses Mal naturfarbige Agfaaufnahme, um die natürliche Haarfarbe zu zeigen; die Haare waren blond geblieben. 15. V. 1930 stat. idem.

B. Die Psoriasisbehandlung der Haut mit der Ochrosil-Chrysarobinpaste und dem Ochrosil-Chrysarobinöl forte 10%[1]).

Casus

10 Jahre altes Mädchen. Am Rücken mehrere gruppierte Psoriasiseruptionen. Einreibung mit Ochrosil-Chrysarobinpaste am 11. I. 1930. Abnahme des Zinkoxydguttaplast-Leukoplastverbandes am 14. I. 1930. Keine Schmerzen, Haut hyperämisch, dunkelbraunrot, nicht heiß, die Psoriasiseruptionen teils spurlos verschwunden, teils als weiße, glatte, nicht mehr infiltrierte Flecken sichtbar. Zinkoxydguttaplast darauf, entlassen. Bild.

Bauersfrau. Vier Felder Psoriasis: beide Ellenbogen, Unterarme, beide Knie, Unterschenkel; derbe Platten. 27. IV. 1929. Einreibung aller vier Felder mit Ochrosil-Chrysarobinpaste, Einpflasterung mit Zinkoxydguttaplast-Leukoplast. Im kräftigen Erythem spurloses Verschwinden der Psoriasis, Einreibung mit 1%igem Ochrosil-Chrysarobinöl forte, Zinkoxydguttaplastverband. 3. V. 1929 nur noch schwaches Erythem, geheilt entlassen 24. VI. 1929, Haut weiß, glatt. 5. V. 1930 stat. idem.

16jähriger Gymnasiast. Beide Handrücken dicht besät mit erhabenen, stark urtiariellen Psoriasiseruptionen, zwischen denen auch typische Urtikariaquaddeln; Bildaufnahme beider Hände vor der ersten Einreibung mit Ochrosil-Chrysarobintrockenpaste und Zinkoxydguttaplast-Leukoplastverband nur der rechten Hand am 7. III. 1930. Am

[1]) Während der eigentlichen Kur lasse ich keine Bäder nehmen, zumal nach jeder Plasterabnahme die Haut gründlich mit Benzintupfern gereinigt wird.

Digitized by Google

10. III. 1930 rechte Hand ohne stärkere Reaktion vollkommen abgeheilt. (2. Bild fa... aufgenommen). 10. III. 1930 linke Hand ebenso behandelt, 12. III. 1930 völlig abgeh...

Junger Kaufmann. Duplizität der Fälle. Beide Handrücken mit kleinen ro... schuppenden, derben Psoriasisflecken besetzt 3. III. 1930. Bild nach der 1. Einreibung m... der Ochrosil-Chrysarobinpaste und Zinkoxydguttaplast-Leukoplastverband. Am 6. III. 19... Haut schwachrotes Erythem, alle Psoriasisflecken weiß, glatt.

Lokomotivführer. Alte Psoriasis an beiden Unterarmen, Ellenbogen. Jeden 3. Ta... Einreibung mit 10%igem Ochrosil-Chrysarobinöl forte, Zinkoxydguttaplast-Leukop... verband. 19.—29. X. 1929. Milde Reaktion, schwachrotes Erythem, am 29. X. Abhei... rechts spurlos, links noch zartes Leukoderm in sonst normaler Haut. Haut weich, ga... Zur Eigenbehandlung entlassen.

II.

Die Behandlung der Ekzeme und juckenden Dermatosen mit Ochrosil-Scharlachrot und Ochrosil-Methylenblausalbe auch als Filter für gleichzeitige Lichtbestrahlungen

Auch diese Salben (Ochrosil-Rotsalbe, Ochrosil-Blausalbe) sind fluoreszierend und lichtempfindlich. Sie dienen besonders zur lokalen Lichtfiltrierung statt der bisher üblichen roten und blauen Glasscheiben. Diese farbigen, der Haut direkt aufliegenden Chemofilter wirken nicht nur pharmakodynamisch, sondern auch unbedingt monochromatisch, was bekanntermaßen beim roten Glas nicht der Fall ist. Die Blausalbe wirkt infolge der stärkeren chemischen Strahlung stets kräftig, daher auch manchmal reizender als die Rotsalbe. Eine therapeutische Wirkung haben die Salben schon für sich allein, sie werden aber noch wirksamer, wenn man die mit ihnen eingeriebene Haut bestrahlt. Beide Filtersalben sind für lang- und kurzwelliges Licht photosensibel, sowohl für Glühlicht als auch für ultraviolettes Licht; unter letzterem sind sie am wirksamsten. Es kommen daher alle bekannten Lampentypen, wie sie der einzelne Arzt hat, zur Anwendung.

Bei allen reizbaren Ekzemformen, bei noch geröteten, leicht entzündeten, etwas nässenden Ekzemen, Ulcera cruris, bei inflammierter reizbarer Akne des Gesichts kommt die Rotsalbe zur Anwendung.

Bei allen nicht mehr entzündlich gereizten, chronischen, trockenen bei infiltrierten, stark juckenden Ekzemen, torpiden, schmerzenden Ulcera cruris, insbesondere bei parasitären Ekzemen, auch der Trichophytia superficialis circinosa ist die Blausalbe anzuwenden.

Hervorheben möchte ich scharf, daß ich selbstverständlich nicht alle Ekzeme bestrahle, insbesondere nicht ganz akute, daß ich auch nicht jedes chronische Ekzem bestrahle oder rot und blau anstreiche. Im Gegenteil, ich habe mich ganz vom Zufall führen lassen und diese Salben erst angewendet, wenn alles andere vergebens war, nichts helfen wollte oder, wenn ein neuer Fall zur Behandlung kam, wo ich den Wert der Salben auf die Probe stellen wollte. Aber wenn ich sie so zur Probe angewendet habe, so hatte ich stets einen geradezu verblüffenden Sofort-erfolg. Manchmal war es auch so, daß die zuerst angewendete Rotsalbe wenig half, dagegen dann die Blausalbe; oder auch, daß die Rotsalbe phänomenal, eine Nachbestrahlung mit Blausalbe verschlimmernd wirkte. Diese Salben sollen sofort helfen, ich halte mich mit ihnen nicht lange auf; helfen sie nicht sofort, es muß nach dem ersten Mal schon mindestens eine eklatante Besserung vorhanden sein, so lasse ich es überhaupt da-

Digitized by Google

eignet sich der Fall nicht. Wo es geht, mache ich einen Zinkoxydguttaplastverband oder sonst einen regulären Salbenverband.

Bevor ich auch hierzu einige Fälle beschreibe, möchte ich generaliter für die Lichtbestrahlungen, wie ich sie mache, die Dosierung angeben. Für die Bestrahlungen bei der Psoriasis und den Ekzemen verwende ich als Erythem erzeugendes Ultraviolettlicht das Eisenkohlebogenlicht der Eisenlichtkohlen der Siemens-Plania-Werke, Berlin-Lichtenberg, in einer einflammigen kleinen 6 Ampere-Kohlebogenlampe für ein Paar parallel stehender Kohlenstifte mit Lichtstecker-Wandanschluß. Der Betrieb ist denkbar bequem und einfach, auch sehr billig. Der Hautabstand von der Lampe ist stets derselbe, je nach der individuellen Wärmeempfindlichkeit 20 cm ab Lichtbogen in der Glocke, bei Heizern, Schmieden, Landleuten usw. auch 18, selten, bei besonders Empfindlichen 22 cm. Die Dosierung erfolgt nach Zeit. Bei Psoriasis mindestens 20, am besten für Intensivwirkung 30 Minuten, bei Ekzemen 15—20 Minuten. Bei Ekzemen dieselbe Entfernung und Zeit auch bei Glühlampen, Osramlampen, Osramvitalux, Solluxlampen 20 cm Abstand, 15—20 Minuten Bestrahlung. Die Ultraviolettlicht-Bestrahlung bevorzuge ich, und zwar gelten alle meine Erfolge nur für das Kohlebogenlicht mit Eisenlichtkohlen der Siemens-Plania-Werke in einer kleinen einflammigen 6 Amperelampe. Wer andere Lampen benutzt, kleine Zweiflammen-Kohlebogenlampen oder andere Kohlen, große starke Kohlenbogenlampen, Hanauer Lampen, Höhensonnen, Jesioneklampen, muß sich selbst erst die optimalen Dosierungen für die einzelnen Dermatosen ausprobieren. Bei der kleinen einflammigen Kohlebogenlampe hat man den Vorteil, daß eine Wärmezusatzlampe sich erübrigt, weil erst ein sehr gutes Wärmeerythem und nach 5 Stunden das Lichterythem erscheint, ohne stark zu reizen, was gerade bei der Psoriasis sehr wichtig ist. Die kleine Nahelampe erleichtert die Dosierung gegenüber den großen weithin strahlenden stärkeren Lampen. Aber jeder kann die Lampe gebrauchen, welche er hat, wenn er selbst sich die optimale Dosierung erst ausprobt.

Casus

1. Ochrosil-Rotsalbe. Gleich der erste Fall 1927 war verblüffend: chronisches Ekzem der rechten und linken Handrücken. Haut rot, leicht nässend, einzelne Pusteln und Knötchen. Seit 4 Monaten erfolglos behandelt, da und dort. Auch ich hatte wochenlang alles mögliche angewendet, das Ekzem blieb, wie es war. Bestreiche nun den rechten Handrücken und die Finger mit der Ochrosil-Rotsalbe, belichte sofort damals mit 300 Watt Osram-Glühlampe 30 Minuten 20 cm Abstand und verband mit Mullgaze, welche noch mit Rotsalbe bestrichen war. Nach 2 Tagen bis auf kleinste Reste das Ekzem abgeheilt, spurlos verschwunden, die Haut trocken, nicht mehr gerötet, fast weiß, Abheilung auch der anderen Hand bei gleicher Behandlung.

2. Witwe. Rechte Hand: Haut zwischen den Fingern tief eingerissen und aufgeplatzt, feuerot, schmerzend, Handrücken geschwollen, leicht gerötet. Bestreiche alle Risse mit Ochrosil-Rotsalbe, auch den Handrücken, bestrahle mit Eisenkohlebogenlicht, verbinde mit Mullgaze. Nach 48 Stunden: Die starke Entzündung wie weggeblasen, die tiefen Risse zwischen den Fingern geschlossen, die Haut normal, weiß mit leichtem Erythem; Handrücken kaum noch geschwollen, Haut schwachrotes Lichterythem. Keine Schmerzen mehr. Weiterer Verband nur mit der Ochrosil-Rotsalbe, völlige Abheilung. Die Heilung war dauernd.

3. Junges Mädchen. Akne am Kinn: Kinn stark gerötet, mit dicken, teils pustulösen großen und kleineren Akneknoten besetzt. Ochrosil-Rotsalbe eingerieben und bestrahlt sofort mit dem Eisenkohlebogenlicht 20 Minuten, Zinkoxydguttaplast-Leukoplastverband, 29. I. 1930. Am 31. I. 1930 Haut weich, glatt, nicht mehr entzündet, schwach

Digitized by Google

rotes Lichterythem. Die großen Akneknoten bis auf einen völlig verschwunden und dieser stark verkleinert, die übrigen kleinen zu Punkten eingesunken. Noch einmal nur Ochrosil-Rotsalbe und Zinkoxydguttaplast-Leukoplastverband. Danach vollkommen abgeheilt. Duplizität der Fälle: Akne der Stirn ebenso.

Ein ganz tiefes Ulcus cruris mit steilen Rändern, stark nässend, dennoch torpide, rückte und rührte sich nicht, anderwärts schon lange behandelt; auch ich verordnete erst das Übliche, auch Argentumsalben. Nun verstrich ich den Grund und den Rand des Geschwürs mit der Ochrosil-Rotsalbe und bestrahlte 30 Minuten lang mit 300 Watt Osram-Glühlicht, dann Mullverband mit Rotsalbe. Schon nach 2 Tagen der Rand deutlich abgeflacht, das Ulkus nicht mehr so tief. Nach der 9. Rotfiltersalben-Bestrahlung war das tiefe Ulkus mit fester weißer Narbe ausgeheilt usw.

1. Ochrosil-Blausalbe. Intertriginöses Ekzem der Brüste, der Genitalien einer älteren Frau. Monatelang anderwärts ohne Erfolg behandelt. Bildaufnahme vor und während der Behandlung. Zuerst Ochrosil-Rotsalbe und Bestrahlung, dann aber kein Fortschritt. Nach Ochrosil-Blausalbe und Bestrahlung jedesmal weitere Besserung, so daß in etwas über 3 Wochen Brust- und Genitalintertrigo völlig ausgeheilt war: Haut normal, zart epithelisiert. Die Brüste und die linke Achselhöhle wurden mit Eisenkohlebogenlicht bestrahlt, die Genitalgegend mit Höhensonne. Verblüffend war wieder die Bestrahlung der linken Achselhöhle nach Einreibung der Ochrosil-Blausalbe und Bestrahlung mit der kleinen Kohlebogenlampe. Die Haut der Axilla war gerötet, schmerzhaft, in der Tiefe der Axilla fühlte man ein Konglomerat harter gruppierter Schweißdrüsenknoten. 48 Stunden nach der 1. Bestrahlung fast alle Knoten verschwunden, nur ganz innen unten noch ein sehr stark verkleinertes Drüsenpaketchen zu fühlen, das nach der sofort vorgenommenen 2. Blaueinreibung und Bestrahlung restlos verschwand. Keine Rezidive, Dauerheilung.

2. Die Ochrosil-Blaubestrahlung bewährte sich besonders bei pruriginösen, dort infiltrierten Ekzemen, Lichen Vidal. Am schnellsten wirkt hierbei die Ultraviolettbestrahlung mit warmem Kohlebogenlicht resp. überhaupt Erythem erzeugende ultraviolettstrahlende Lampen, während die Glühlampen langsamer und schwächer wirken. Ein Herr hatte einen derben Lichen Vidal oberhalb des linken Knies im November 1928. Rezidiv erst im November 1929. Abermals nach Ochrosil-Blaueinreibung und gleichzeitiger Bestrahlung mit Ultraviolettlicht (3mal) völlige Resorption und kein Jucken mehr.

3. Trichophytia circinosa superficialis beider Hände und Finger eines Bäckerlehrlings, immer wieder rezidivierend. Schließlich strich ich mit dem Glasstab beide Hände mit dem Ochrosilblau ein, nachdem ich vorher noch mit etwas Glyzerinalkohl die Haut eingefettet hatte. Keine Bestrahlung, nur Verband. Bei der Entfernung der Verbände am 2. Tag war auch nicht mehr die Spur einer Erkrankung vorhanden, die Haut weich, glatt, normal und blieb auch so bei weiteren Nacheinreibungen mit Ochrosil-Blausalbe. Und so war es immer, wenn ich dachte: in dem Fall werde ich einmal Ochrosil-Rotsalbe oder Ochrosil-Blausalbe probieren.

Hiermit beschließe ich meine erste Veröffentlichung. Sämtliche Ochrosilpräparate werden von der chemischen Fabrik „Bavaria" in Würzburg unter meiner Kontrolle hergestellt und in den Handel gebracht. Die Herstellung im großen war außerordentlich schwierig, erforderte neue Spezialapparaturen, die erst besonders angefertigt werden mußten. Dann mußte ich erst die Würzburger Ochrosilpräparate technisch und klinisch daraufhin ausprobieren, ob sie genau übereinstimmen und so wirken, wie meine eigenen, die ich in den Jahren ab Juni 1926 schrittweise vervollkommnend für mich selbst hergestellt hatte. So gingen vom Juni 1928 bis zur jetzigen Herausgabe der Präparate weitere Monate mit der Durchprüfung dahin. Die Methode ist jetzt reif und gleich einfach und gefahrlos im Vergleich zu den intravenösen Einspritzungen und immer häufigeren Spätröntgenschäden[1]), für den Facharzt wie für den praktischen Arzt und die Kranken selbst.

[1]) Vide Dermatologen-Tagung, München 1923, III. Sitzung.

Digitized by Google

Zur Diskussion über Entwicklungsformen der Spirochaeta pallida

Von

Prof. Dr. L. v. Zumbusch in München

Da zur Zeit sehr viel davon gesprochen wird, wer als Erster Beobachtungen, welche in obigem Sinn gedeutet werden können, gemacht habe, möchte ich darauf hinweisen, daß Ploeger (München) schon 1905 einen Befund beschrieben hat, der hierher zu gehören scheint. In Nr. 29 der M. m. W. vom 18. Juli 1905 ist ein von dem Genannten einige Wochen früher im ärztlichen Verein München gehaltener Demonstrationsvortrag abgedruckt. In diesem Vortrag gibt Ploeger an, daß er oft ganz kurze Fäden gesehen habe, die an einem Ende einen dicken Knopf trugen, ebenso solche mit einer kleinen rundlichen Verdickung am Ende, sowie Teilungsfiguren. Obwohl sich der Vortragende über die Bedeutung seiner Befunde sehr reserviert ausdrückt, muß man, wie ich glaube, an sie erinnern; es scheint mir nicht richtig, daß sie der Vergessenheit verfallen, jetzt, wo jetzt über die Sache so viel diskutiert wird, auf sie aufmerksam gemacht.

Versammlungen

Bulgarische Dermatologische Gesellschaft

Sitzung vom 26. September 1929

Popoff: **1. Acanthosis nigricans.**

53jähr. Mann, seit 1917 Verdauungsbeschwerden und Magenschmerzen, 1928 Magenresektion wegen Pyloruskarzinom, 7 Monate später traten die jetzigen Hautveränderungen am Halse und um den Nabel, sowie an der Operationsnarbe, in den Achselhöhlen, der Perigenital- und Zirkumanalregion und teilweise am Rücken auf. Sie bestehen aus verrukös-papillomatösen Verdickungen und stark vertieften Hautfurchen, welche sich beim Anspannen etwas ausgleichen, daneben zahlreiche stecknadelkopfgroße und größere warzenartige, teils flache, teils leicht vorgewölbte, bald gelbbraune, bald dicht beisammenstehende Auswüchse, manche davon gestielt oder auch himbeermartig. An den befallenen Partien die Haut kaffeebraun, stark pigmentiert, gegen das Gesunde hin blässer. Zunge von villöser Beschaffenheit; leichtes Jucken. Röntgenbild Residuen der Pylorusresektion, freies Passieren des Ventrobaryts nach 4 Stunden. Achylia gastrica. Rezidiv oder Metastasen nicht nachweisbar, keine Symptome von seiten des Plexus solaris oder der Glandulae suprarenales und Leber. Histologisch: Akanthosis, Papillomatosis, Hyperkeratose, Pigmentanhäufung in der Basalschicht, vereinzelte Kutischromatophoren. Der Fall ist bemerkenswert wegen Auftretens der Hautveränderungen erst nach Krebsoperation, daher ist nicht unwahrscheinlich, daß trotz negativen klinischen und funktionellen Befundes dennoch Rezid und welche Karzinommetastasen vorhanden sind und die Hauterkrankung ausgelöst haben.

2. Fall von vulvären und perinealen ulzero-elefantiastiformen Veränderungen bei Adenitis inguinalis bilateralis.

24jähr. Frau, seit 5 Jahren Vorwölbung, Vereiterung und Fistelbildung in beiden Leisten, außerdem Vulva, große und kleine Labien, Mons Veneris und Genitoanalregion behaftet. WR —, Urethralsekret —, Lungenbefund normal, Mantoux stark positiv. Die vorläufigen histologischen Präparate zeigen einen chronisch-

Digitized by Google

entzündlichen Prozeß mit vielen Riesenzellen, epitheloide und lymphoide Infiltration. Weiteres vorbehalten.

Toschkoff: 1. Lupus erythematodes ausschließlich an der behaarten Kopfhaut.

17jähr. Kranker, Beginn vor 3 Jahren oberhalb des rechten Stirnhöckers. Jetzt mehrere pfennig- bis fünfmarkstückgroße fleckige Herde mit leicht infiltrierter, geröteter, grauweiß abschilfernder Peripherie, Zentrum atrophisch, weißlich, haarlos.

2. Lupus erythematodes mit Beginn an der behaarten Kopfhaut.

19jähr. Frau, am Kapillitium rötliche Herde mit weißlichem Schüppchenbelag, die Veränderungen an Ohrmuscheln und Gesicht erst später erschienen.

3. Lupus erythematodes discoides faciei, regionis sternalis et interscapularis bei 50jähr. Frau, seit fünf Jahren bestehend.

4. Lichen planus.

39jähr. Lehrerin, nervös affiziert infolge Familienunglücks, Mutter zweier totstummer Kinder, Sehnen- und Knochenreflexe stark erhöht, Tremor der Zunge en masse, Lidtremor, Tremor der Hände, roter Dermographismus, pilomotorische und mechanisch-myotonische Reflexe stark gesteigert. Hauterkrankung seit 10 Monaten, jetzt in Form einzelnstehender und gruppierter Effloreszenzen über Stamm und Unterextremitäten verbreitet; Wangenschleimhaut mit Knötchen besetzt. Juckt namentlich im Anschluß an Gemütsbewegungen.

Geserowa: Lues congenita.

13jähr. Mädchen aus dritter Ehe der Mutter, letztere in zweiter Ehe sekundär syphilitisch, blieb unbehandelt, WR stark positiv. Das Kind selbst hat stark vorgewölbte Tubera frontalia, seitlich zusammengepreßtes Kranium, Keratitis parenchymatosa, Hutchinsonsche Zähne, Mozer, Tuberculum Carabelli. Axillar- und Schilddrüsenvergrößerung, Blutzucker 0,131%. Das hochgradig herabgesetzte Sehvermögen durch antiluetische Behandlung wesentlich gebessert.

Popchristoff: Dermatitis herpetiformis.

4jähr. Kind, Hautleiden im Anschluß an Verbrennung erschienen und zeitweise abgeheilt. Als aber wegen Bronchialdrüsenschwellung Syrupus jodotannicus gegeben wurde unter Fieber neuerlicher Ausschlag, hernach Verschwinden bei Aussetzen dieser Therapie.

Nikoloff: 1. Osteoperiostitis luetica.

17jähr. Bursche, anamnestisch spricht nichts für kongenitale oder erworbene Syphilis. WR stark positiv, Röntgenbild der Tibia zeigt typische Veränderungen.

2. Atypisch angeordnetes Skrofuloderma der Halshaut unter dem Kinn.

65jähr. Mann, Untersuchung auf Aktinomykose auch kulturell negativ. Versuch am Meerschweinchen ergibt Tuberkulose, Röntgenbild der Lunge zeigt alten fibrösen Prozeß.

Tadscher: 1. Pemphigus foliaceus bei 40jährigem Mann.

2. Fall von zweifelhaftem Pemphigus.

52jähr. Mann mit bullös-erosiven Veränderungen an der Glans. An der Mundschleimhaut in Höhe der Molaren lichenoide Veränderungen, retrokommissurale Leukoplakie. In Frage kommt Gougerots erosive Dermatitis, die mit Mund- und Genitalveränderungen einhergeht, eine Abart des Erythema multiforme. Hier ist die Diagnose schwierig, da bereits drittes Rezidiv. Vor kurzem waren in der Klinik 2 Fälle mit alleiniger Lokalisation am Genitale.

Beron: Die endemische Syphilis in Europa, insbesondere in Bulgarien (erscheint ausführlich, wird in dieser Wochenschrift später referiert).

Koeff: Behandlung der Syphilis in Bulgarien.

Die Ursachen übler Ausgänge einzelner Fälle sind bald in falscher Dosierung und Ausbleiben spezifischer Behandlung sowie in technischen Fehlern bei Injektion begründet. Es folgen eingehende Richtlinien für die Luesbehandlung in den Krankenhäusern, Polikliniken sowie in der Privatpraxis.

Sitzung vom 21. November 1929

Beron: 1. Xeroderma pigmentosum.

17jähr. Bursche, Eltern gesund, keine Geschwister. Das Leiden besteht seit der Kindheit, seit Jahresfrist ein ulzeriertes Knötchen an der rechten Wange, gut entwickelt, von gesundem Aussehen. Hautkrankheit an Gesicht und Nacken teilweise an Rücken und Händen lokalisiert. Am meisten das Gesicht be-

Digitized by Google

Hier buntscheckige Verfärbung, viele hellrote teleangiektatische Flecke, sommersprossenähnliche bis linsengroße Pigmentflecke und noch größere von schwarzbrauner Farbe, dazwischen weiße atrophische, etwas vertiefte Felder, ferner behaarte Naevi. An der linken Wange ein haselnußgroßer, ulzerierter, höckeriger Auswuchs. An den Handrücken die Buntscheckigkeit durch zyanotische Farbe verdeckt. An der Körperhaut viele Gewebsnaevi, im Nacken ein besonders großes behaartes Pigmentmal. Blutbefund normal.

2. Antipyrin-Exanthem.

25jähr. Frau, die seit Jahren an Kopfschmerzen leidet und zuerst Aspirin, seit einem Jahre ein anderes Pulver (Antipyrin 0,5, Phenacetin, Pyramidon āā 0,2) nimmt. Am Nacken, Gesicht und Körper unregelmäßig zerstreute, rundliche, scharf umschriebene, schwarzrote, gleichmäßig glatte linsen- bis talergroße Flecke: bei Diaskopie verliert sich die rote Komponente. Ein weiterer Fleck am rechten Mundwinkel und Lippenrot, ein schmaler Streifen auch am Zahnfleisch, ähnlich wie nach Blei- oder Wismutgebrauch. Mantouxsche Reaktion stark positiv, Reaktionsstelle zunächst ödematös und hellrot, später die rote Färbung von Hyperpigmentierung verdrängt. Nach Darreichung des vorhin genannten Pulvers wurden die Flecke noch dunkler und stärker vorgewölbt.

Popoff: Lymphogranulomatose mit lymphatischem Pruritus.

50jähr. Landarbeiter, seit 1918 Magenbeschwerden, Abmagerung, Drüsenvergrößerung zunächst in inguine, später an Hals-, Achsel- und Kubitalgegend, gleichzeitig Jucken und Knötchenbildung am ganzen Körper. Haut blaßgelb, trocken, runzelig, infiltriert. Haare gelichtet. Über der Lunge Rasselgeräusche, Espine positiv. Radiotherapie: tracheobronchiale Adenopathie, Schatten in den Lungenspitzen. Blut: Erythrozyten 1410000, Hb 23, F. I. 0,81, Leukozyten 5000, junge Formen 6%, Stabkernige 10%, Segmentkernige 50%, Lymphozyten 26%, Mononukleäre 1%, Eosinophile 7%.

Popchristoff: 1. Keloidakne?

60jähr. Mann, verheiratet, seit 20 Jahren Pusteln und Verdickung am Nacken. Betzt daselbst die Haut in 8 cm Länge und 3 cm Breite infiltriert, stellenweise warte, erhöhte Leisten, dazwischen Vertiefungen, Haare meist ausgefallen, wo vorhanden aus dem Follikel steif aufragend. Nicht bloß an Nacken und Okziput, sondern auch in der Temporalregion papulo-pustulöse Eruptionen. Keine Verallgemeinerungsbeschwerden; nach Injektion von Staphylovakzine starke Reaktion. Abweichend ist das Befallensein der Schläfengegend.

2. Kerion Celsi.

9jähr. Knabe, über die Kopfhaut verstreut linsen- bis münzengroße Felder mit kurz abgebrochenen Haaren und grauweißen Schüppchen. Am Hinterkopf ein handtellergroßer geröteter, fast haarloser Elevationsherd von weicher Konsistenz, aus dem verschiedentlich zäher, weißgelber Eiter ausfließt. Nacken- und Mastoidealdrüsen bis über haselnußgroß. Mikroskopisch ein großsporiger Endothrixpilz, kulturell Trichophyton violaceum.

Sitzung vom 20. Dezember 1929

Vorsitzender: Koeff Schriftführer: Popchristoff

Kriloff: Basalioma cylindromatosum der Mundhöhle.

45jähr. Mann; am harten Gaumen bestand ein erbsengroßer chirurgisch entfernter Tumor. Mikroskopisch epitheliale Herde und Schläuche sowie zystöse Bildungen verschiedenen Inhaltes, Fette und Lipoide, letztere doppelt brechend, sowie radiäre Drüsen, mitunter konzentrisch angeordnet. An manchen Stellen erscheint das Epithel in seiner Struktur wie Zahnemail. Es handelt sich um ein adamartiges Epitheliom.

Beron: Dermatitis exfoliativa adultorum (Wilson-Brocq).

62jähr. Landarbeiter, vor 6 Wochen Jucken an Rücken und Händen, hierauf rote Knötchen, sodann allgemeine Rötung, diese von den Händen ausgehend. Nach 3 Tagen Abstoßung großer Lamellen, jetzt kein Jucken, jedoch Spannungsgefühl, infolgedessen Schlaflosigkeit. Im Beginn Fieber. Ein Medikament kommt ursächlich nicht in Betracht, wohl aber Genuß stark gesalzener Fische. Weder Diarrhöe noch Erbrechen. Pat. gibt an, in letzter Zeit nicht mehr zu schwitzen. Haut trocken und warm, trotzdem er stets friert, stark gerötet, schält sich an Kopf und Gesicht

Digitized by Google

kleienförmig, am Körper in großen Lamellen, kein Nässen, keine Einzeleffloreszenzen, kein Nikolsky. An Hohlhänden und Fußsohlen dicke gelbe Epidermisabstoßung, Schleimhäute, Drüsen, Blutbild normal, Temperatur bis 38°.

Popoff: Mycosis fungoides d'emblée.

66jähr. Frau, seit 4 Monaten Dickenzunahme der Haut, schmerzlos, ohne Jucken. Seit 2 Monaten an Nacken, Schulter, Rücken und Händen tumorartige Bildungen, Gesicht infiltriert, rosaviolett, parallel damit der Allgemeinzustand verschlechtert. Über der rechten Tibia die Haut livide verfärbt, halbfest mit rauher apfelsinenschalenartiger Oberfläche, daselbst ein ovales flaches Geschwür mit nekrotischem Belag, Gesicht diffus infiltriert, gespannt, faltenlos. An Nacken, Schulter und Vorderarmen ovale Bildungen von halbweicher Konsistenz, zentral vertieft, am Rand rosaviolett, im Zentrum blaßrosa. An Brust und Rücken vertiefte Stellen von normaler Farbe, Reste spontan resorbierter Tumoren, außerdem an verschiedenen Hautregionen mannigfache Übergangsformen von Tumoren mit peripherem Weiterschreiten und zentraler Resorption. Temperatur subfebril, kein Jucken, Drüsen leicht vergrößert. Blut: junge Formen 1%, Stabkernige 1%, Segmentkernige 42, Lymphozyten 45%, Mononukleäre 4%, Eosinophile 6%, Leukozyten im allgemeinen 4000. Histologisch: Verdünnung der Epidermis, in der Kutis, besonders in mittel unter dem Papillarkörper breite, adenoide Infiltrationen, zum Teil knotenartig geordnet, am meisten um die Haarfollikel und Schweißdrüsen, manchmal über die ganze Kutis. Kapillaren noch unfertig, bestehen aus jungen Formen. In Frage kommt Leukämie, Lymphosarkomatose, Aleukämie, Lymphogranulomatose, am wahrscheinlichsten Mycosis fungoides d'emblée.

Popchristoff: 1. Epithelioma basocellulare mit seltener Lokalisation.

58jähr. Beamter, 1921 in der Sternalgegend ein schmerzloser, allmählich Nußgröße erreichender Knoten, der zerfiel und blutete, nach dessen Exzision erschien in der Narbe bald neue Knötchen. Jetzt dortselbst am linken Rand der radiär gestreiften Narbe ein blauroter ulzerierter harter Tumor und in der Nachbarschaft kleine nicht ulzerierte Geschwülste.

2. Ulcero-gummöse Syphilis.

52jähr. Landarbeiter. An der Haut disseminierte, gruppierte, ulzerierte Gummen, am harten Gaumen eine Perforation, Knie- und Talokruralgelenke besonders nachts schmerzhaft geschwollen. Tibiakante verdickt, ebenso Klavikula, Schulter- und Ellenbogengelenk. Röntgenologisch: Osteoperiostaler Prozeß nebst Gummen in den Knochen und Hydrarthrosen. Aorta nicht verändert, WR positiv. Die Frau hatte zwei Aborte, ein Kind bald nach der Geburt gestorben.

3. Arthritis blennorrhoica.

18jähr. Bursche, vor 2 Monaten infiziert, später Fieber, Schmerzen im linken Hand- und Ellenbogengelenk, beide Gelenke stark geschwollen. Wurde mit menschlichem Immunserum injiziert, danach Besserung.

Tadscher: Lues II bei 7jährigem Mädchen.

Kein Fall in der Familie. Außer Mund- und Genitalpapeln ein ausgedehntes Exanthem an Stamm und Extremitäten, das wegen der zentralen feinkleienförmigen Abschilferung mancher Effloreszenzen eine gewisse Ähnlichkeit mit Trichophytie hat.

M. Kazarowa-T. Pasardschik.

Referatenteil

Fachzeitschriften

Annales des Maladies Vénériennes

1929, Bd. 24, Nr. 12

Hellerström, S.-Stockholm: Contribution à l'étude de la lymphogranulomatose inguinale (Maladie de Durand, Nicolas et Favre) (Beitrag zum Studium der Lymphogranulomatosis inguinalis [Krankheit von Durand, Nicolas und Favre]). S. 10

Die Lymphogranulomatosis inguinalis stellt eine Infektionskrankheit spezifischer Art dar, die, von ganz geringen Ausnahmen abgesehen, per cohabitationem übertragen wird. Die Inkubationszeit beträgt etwa 3 Wochen. Außer den Drüsenschwellungen finden sich fast immer Allgemeinerscheinungen in Gestalt von Temperatursteige-

Digitized by Google

rungen, Appetitlosigkeit und allgemeiner Schwäche. Was die Diagnose anlangt, hat sich die Kutanreaktion nach Frei als spezifisch erwiesen. Trotzdem ergeben sich zuweilen diagnostische Schwierigkeiten, da die pathologisch-anatomischen Veränderungen nicht charakteristisch genug sind. Insbesondere ist die Abgrenzung gegenüber der Inguinaltuberkulose oft schwer. Auffallend ist das seltene Vorkommen beim weiblichen Geschlecht. Therapeutisch gibt die radikale Exstirpation der entzündeten und vereiterten Drüsen die besten Resultate. Ist diese aus irgend welchen Gründen nicht möglich, empfiehlt sich die Behandlung mit Kaliumtartrat oder Bitartrat.

Carle-Lyon: La nouvelle loi allemande sur les maladies vénériennes. Etude critique) (Das neue deutsche Gesetz über die Geschlechtskrankheiten. Kritische Studie). S. 1097.

Kurzes Eingehen auf den Inhalt des Gesetzes. Besonders günstig erscheint dem Verf. die weite Fassung des Begriffes „Unzucht", die es erlaubt, die ärztliche Aufsicht auf einen möglichst großen Personenkreis auszudehnen. Auch die Möglichkeit der zwangsweisen Unterbringung der Kranken im Krankenhaus ist ein zweifelloser Vorteil. Als ein Nachteil erscheint die durch das Gesetz vorgeschriebene Einschränkung der therapeutischen Möglichkeiten, wobei nur Mittel angewandt werden dürfen, die gar keine Gefahr für Leben und Gesundheit zur Folge haben können. Hierunter fällt außer Lumbalpunktion und dem Katheterismus auch das Salvarsan, das Quecksilber und das Wismut. Wenn Verf. es als einen Mangel betrachtet, daß bei uns die Behandlung nicht, wie in Frankreich, vollkommen kostenlos ist, so ist das naturgemäß begründet in der schlechten finanziellen Lage des Staates infolge des verlorenen Krieges. Außerdem hebt Verf. mit Recht hervor, daß infolge der Ausdehnung unserer Sozialversicherung im allgemeinen die Behandlungskosten von den Krankenkassen getragen werden.

Per, M.-I.: Contribution à l'étude d'une variété verruqueuse de la syphilis tertiaire ignorée. Un cas de syphilis cutanée gommeuse superficielle, à excroissances hyperkératosiques en foyers multiples et symétriques, simulant remarquablement, par son aspect extérieur, la tuberculose verruqueuse de la peau (Beitrag zum Studium einer verrukösen Abart der tertiären Syphilis. Ein Fall von oberflächlicher gummöser Hautsyphilis mit multiplen, symmetrischen Hyperkeratosen, die durch ihr Aussehen eine verruköse Hauttuberkulose vortäuschen). S. 1106.

48jähr. Frau mit unregelmäßig begrenzten, fünfmarkstückgroßen, symmetrischen Infiltraten in beiden Regiones patellares. Die Konsistenz ist fibrös, die Oberfläche übersät mit zahlreichen papillomatösen Hyperkeratosen. Keine Geschwürsbildung. Auf Druck kein Eiter. Ähnliche Infiltrate am Ansatz beider Achillessehnen. Lancinierende Schmerzen in den Beinen. Diese im Verein mit der Lokalisation der Herde, ihrer Multiplizität und ihrer streng symmetrischen Anordnung sprechen für eine syphilitische Affektion, trotzdem tuberkulöse Herde in den Lungen vorhanden sind. Die histologische Untersuchung ist nicht entscheidend, sie läßt nur einen chronisch entzündlichen Prozeß erkennen. Im Verlauf einer energischen antiluetischen Behandlung wird der zuerst negative Wassermann positiv. Heilung.

Drujon, P.-Calais: Elimination spontanée de la poche nécrosée d'un abcès bismuthique et guérison (Spontanausstoßung des nekrotischen Eitersacks bei einem Wismutabszeß. Heilung). S. 1120.

Nach der sechsten Wismutinjektion (verwandt wurde ein öllösliches Wismut-Ammpfer-Karbonat) trat ein Abszeß auf, der nach einem Monat spontan aufbrach. Es entleerten sich täglich mehrere gelbliche Eitertropfen, bis sich plötzlich 7½ Monate nach Beginn des Abszesses auf leichten Druck ein 2 cm langer, gelb gefärbter Bindegewebsfetzen aus der Abszeßhöhle ausstieß. Seither vollständige Heilung.

F. Landauer-Berlin.

Mitteilungen aus der Literatur

Tuberkulose

Garner, V. C.: Multiple Disseminated Lupus Vulgaris. A Sequel to the Exanthemas (Multipler disseminierter Lupus vulgaris. Eine Folge von Exanthemen). Am. J. Child. Dis., 1929, Bd. 38, Nr. 5, S. 1028.

Der multiple disseminierte Lupus stellt eine miliare Form der Tuberkulose dar, hervorgerufen durch Tbc.-Bazillen, die durch Embolie von tiefer gelegenen,

Digitized by Google

meist glandulären Herden in die Haut gelangen. Sehr häufig wird die Eruption durch voraufgegangene Exantheme, besonders Masern, provoziert. Die Effloreszenzen sind papulös oder verrukös und müssen differentialdiagnostisch von Psoriasis, Syphilis, Jododerma und Bromoderma abgetrennt werden. E. Levin-Berlin.

Glaser, E.-Wien: Bestehen für die Gerson-Herrmannsdorfer-Sauerbruchsche Diät für Tuberkulose theoretische Grundlagen? (Chem. Labor. d. pharmakogn. Inst. d. Univ.) W. m. W., 1919, Nr. 49, S. 1546.

Nach Verf. sind die in dem Thema gestellten Fragen zu bejahen, mit Vorbehalt für die Zusammensetzung des Mineralogens. Zu erstreben ist ein geeignetes diätetisches Regime und Beherrschung des Mineralstoffwechsels. Bei den Tuberkulosen liegt eine Herabsetzung der physiologischen Aktivität der Organe vor, ebenso der organischen Oxydation. Gaben von Gemüse und Rohkost wirken oxydationsfördernd. Der Gehalt der Pflanzen an Oxydationsfermenten kommt nicht nur dem bei der Tuberkulose verlangsamten Stoffwechsel zu Hilfe, sondern wirkt auch nebenbei bakterizid. Reichliche Fettzufuhr hebt den Umsatz von Fetten und Lipoiden, der bei Tuberkulose sehr daniederliegt. Die durch den Stoffwechsel bedingte Azidose muß vermieden bzw. bekämpft werden durch Basenüberschuß enthaltende Stoffe, die durch entsprechende Diät und eventuell dazu durch Salze. Kalzium muß im Körper fixiert werden, die basenreiche Ernährung bzw. Zugabe von Salzen wirkt nicht nur eiweißsparend, sondern trägt auch zur besseren Verwertung von Fetten und Kohlehydraten bei. Ob das Mineralogen die richtige Kombination der Salze darstellt, ist noch unsicher. Zu hohe Dosierung einzelner Salze kann sogar schädlich wirken. Durch die zugeführte Kost ist ein inniges Zusammenarbeiten der Organe im günstigen Sinne zu erstreben. K. Haack-Hamburg.

Wichmann, P.-Hamburg: Ergebnisse der Diätbehandlung der Hauttuberkulose. Kl. W., 1929, Nr. 51, S. 2366.

Wichmann hat mit der Gerson-Sauerbruch-Herrmannsdorferschen Tuberkulosediät unter Vermeidung jeder Lokaltherapie bei einer Anzahl von Haut- und Schleimhauttuberkulosen zwar keine restlosen Heilungen, aber z. T. doch erstaunliche, praktisch fast einer Heilung gleichende Besserungen erzielt. Die günstige Beeinflussung zeigten geschwürige Prozesse, gar nicht reagierten trockene glatte Lupusformen. Die Diät erreicht fraglos viel mehr als die übliche kalorienreiche Krankenhaus- bzw. Heilstättenkost. Wieweit Kochsalzentziehung und Mineralogenzugabe eine Rolle spielen, steht noch dahin. Jedenfalls hat W. bei einer Anzahl von Kranken, die neben der Gerson-Diät Kochsalz und kein Mineralogen bekamen, gleichfalls einen günstigen therapeutischen Erfolg beobachtet. Frei-Berlin.

Mitteilung

Mit Beginn des 91. Bandes (1. Juli 1930) soll, wiederholter Anregungen aus dem Leserkreise entsprechend, dem Originalienteil von Zeit zu Zeit ein besonderer Abschnitt **„Therapeutische Umfrage"** angegliedert werden, der den Praktiker durch Kurzberichte maßgeblicher Autoren über den jeweiligen Stand aktuell wichtiger Fragen der Therapie unterrichtet. In gedrängter Fassung, unter Verzicht auf Literaturbelege und klinisch-statistische Einzelheiten, werden hier die Meinungsäußerungen mehrerer auf dem entsprechenden Gebiete besonders erfahrener Vertreter unseres Faches einander gegenübergestellt. Außer den von der Schriftleitung gewählten Themen sollen auch Anregungen aus dem Leserkreise nach Möglichkeit Berücksichtigung finden.

Alle auf diesen Abschnitt bezüglichen Zuschriften werden an Dr. F. Callomon-Dessau, Albrechtstraße 21, erbeten.

Herausgeber und Verlag.

Digitized by Google

Tagesgeschichtliche Nachrichten

VIII. Internationaler Dermatologenkongreß, Kopenhagen, 5. bis August 1930. Angemeldete Vorträge: BENEDEK-Leipzig: Schizosaccharomykose; ERGEL-Berlin: Reinfektion und Superinfektion bei Syphilis; BETTMANN-Heidelrg: Atmosphäre in Hauterkrankungen; BIBERSTEIN-Breslau: Immuntherapie der arzen und Kondylome; BLUMENTHAL, BOLNSER u. HÖFER-Berlin: Therapie r Hauttuberkulose; DELBANCO u. MÜLLER-Hamburg: Entstehung der sekundärphilitischen Exantheme; DÖRFFEL-Königsberg: Wirkung der kochsalzlosen Diät; GELHARDT-Gießen: Fragen der medizinischen Mykologie; FREUND-Berlin: giolupoid; FREUDENTHAL-Breslau: Amyloid in der Haut; FRÜHWALD-Chemz: Röntgenbild der hinteren Harnröhre bei Gonorrhoe; GALEWSKY-Dresden: lerodermie und innere Sekretion; GANS-Heidelberg: Chemisches zur Ekzemfrage; TTRON-Berlin: Dermatomyositis; HABERMANN-Hamburg: Bewegungsmechanis- is der Spirochäten; HAUSTEIN-Berlin: Frühgeschichte der Syphilis; HERMANNS-RFER-Berlin: Ernährungsbehandlung der Tuberkulose; HOFFMANN-Bonn: Jahre Salvarsan; HOPF-Hamburg: Kochsalz und Urtikaria; HÖFER-Berlin: rmatologische Filme; JAFFÉ-Berlin: Ernährungstherapie bei Ekzem; KARREN-RG-Bonn: Zur experimentellen Lues der Maus; KARRENBERG u. SCHULTZE-)LTERS-Bonn: Mykologisches; KEINING-Hamburg: Acrodermatitis continua; LLER-Freiburg: Pigment und Lichtschutz; KLÖVERKORN-Bonn: Spirochätenhweis im Kammerwasser bei Lues congenita; KLÖVERKORN u. MEYER-BULEYnn: Kalziumbehandlung von Adnexerkrankungen; KUMER-Innsbruck: Malariarapie; LINSER-Dresden: Haarregeneration durch äußere Reize; MALLINCK-DT-HAUPT-Brühl: Biologie der pathogenen Hautpilze; MARCHIONINI-Frei-g: Differenzierung syphilitischer Erkrankungen des Zentralnervensystems durch mplementbindungsreaktion mit Gehirnextrakten im Liquor; MAYER-Breslau: sibilisierungsversuche bei Tieren; MAYR-München: NaCl-Ausscheidung bei Der-tosen; MEINICKE-Hagen: Die MKR im Vergleich mit anderen Methoden; MMESHEIMER-Tübingen: Esophylaxie; MONCORPS-München: Kohlehydratstoffhsel und Schwefelhaushalt; MULZER-Hamburg: Seltene Dermatosen; MYERS-w York u. MÜLLER-Hamburg: Arsendermatitis; PINKUS-Berlin: Wachstum des gels; REISS-Berlin: Einfluß der Diätbehandlung auf die Tuberkulosereaktion nach SREDKA; ROST-Freiburg: Stoffwechseluntersuchungen bei Hautkrankheiten; IEREŠCHEWSKY-Berlin: Invisible Lues; SCHREUS-Düsseldorf: Dosimetrie in Dermatologie; SCHUMACHER-Königsberg: Immunität bei Syphilis; STREMPEL KARRENBERG-Bonn: Vitalspeicherung und experimentelle Lues; WERTHERsden: Streptobazillus aus dem Blute gezüchtet; WICHMANN-Hamburg: Errungstherapie bei Hauttuberkulose; WIRZ-München: Sonderstellung des Nasenas; ZURHELLE-Bonn: Schanker und Inkubationszeit bei Kaninchensyphilis; DANZA-Buenos Aires: Diabètes comme origine d'eczéma; BRANDT-Wien: Imnität bei experimenteller Syphilis; BRÜNAUER-Wien: Knotenbildungen über enken; FASAL-Wien: Hauterscheinungen bei Tumoren innerer Organe; FUHSn: Grenzstrahlbehandlung von Hautkrankheiten; KONRAD-Wien: Lues gummosa Liquor; KREN-Wien: Pathogenese der Tuberkulide; MATRAS-Wien: Eczema oticum an Händen und Füßen; MUSGER-Wien: Knotenbildung in der Haut; LLER-Wien: Zentrifugiermethodik der MBR II; OPPENHEIM-Wien: Hautankungen durch arsenhaltigen Maueranstrich; PERUTZ-Wien: Wasserhaushalt Ekzem; PULAY-Wien: Pathogenese der Psoriasis; RICHARD-Wien: Spirochätenınde im Liquor bei Frühlues; RIEHL jun.-Wien: Seltene Tuberkulose der Haut; IN-Wien: „Sulfanthren" bei Ekzem; ULLMANN-Wien: As-Karzinom; URBACHn: Abbau- und Endprodukte des Eiweißstoffwechsels bei Dermatosen; BERONa: Tuberkulose der weiblichen Geschlechtsorgane; FRAZIER u. CH'UAN-K'UEI -Peking: Cutaneous Lesions Associated with Vitamine Deficiency in Man; FFMANN-Cuba: Heilbarkeit der Lepra; PEYRI-Barcelona: Pathogénie de certains mas des mains; Traitement de la tuberculose cutanée; DE LA PORTILLA-Madrid: itosuperinfection et leurs déravitions; COVISA, BEJARANO u. ENTERRIA-Madrid: lution anormale de la Syphilis; COVISA, BEJARANO u. GAY-Madrid: Cheilitis idularis et epithelioma labii inferioris; CANNON-New York: Elimination and ention of Arsenic in Syphilitics; COLE, GAMMEL, SOLLMANN, SCHREIBER-

Digitized by Google

New York: Excretion of Mercury; FEIT-New York: Alopecia Areata and Me... Retention; HOWARD FOX-New York: Mal del Pinto and Caraté; HOPKIN... KESTEN-New York: Specific Sensitization in Eczema; KLAUDER, MALMCOL... HARKINS-New York: Erysipeloid in the United States; MILLER u. MOREH... New York: Coccidioides and Blastomycosis; PEARCE-New York: Blood Cytolog... Experimental Syphilis of the Rabbit; PILLSBURY-New York: Carbohydrate M... bolism of the Skin; SCHAMBERG-Philadelphia: A New Therapeutic Calcium: S... LIANS-Chicago: Argyria; GATÉ, DECHAMME, CROIZAT u. MICHEL-Lyon: M... rapide chez les nourrisons eczémateux; HUDELO u. RABUT-Paris: Syphilide cha... forme secondaire; JAUSION-Paris: Eczémas solaires; MONTLAUR-Paris: Ec... du nourrison; NANTA-Toulouse: Mélanodermie et sidérose mycosique; NICOL... GATÉ, COSTE u. MICHEL-Lyon: Radiotherapie à feu nu rayonnement mouv... ment pénétrant; PINARD u. HOROVITZ-Paris: Superinfections syphilitiques la... d'origine sanguine; WEISSENBACH-Paris: Hémolysothérapie intradermique ... eczémas; BARBER-London: Treatment of Allergic Eruptions; HALLAM-Shef... Pathogenesis of Erythema Pernio; HUMPHRIS u. KNUTHSEN-London: Pru... Ani et Vulvae; HERMANS-Rotterdam: Blutzucker und pyogene Dermatit... v. KERCKHOFF-Leiden: Psoriasisbehandlung mit Manganverbindungen; NEUB... Allergische Reaktionen bei Sklerom; RAJKA u. E. RADNAI-Budapest: B... flussung der Neurolues und WR durch Licht- und Eigenblutbehandlung; AR... Novara: Sifilide acquisita degli eredo-luetici; BALBI-Padua: Superinfezione s... tica sperimentale; BUSSALAI-Savona: Metabolismo dello zolfo; CAPELLI-Flor... Inoculazioni di materiale autogeno in sogetti luposi; CASTELLI-Mailand: Otto ... di terapia con arsenobenzoli in soluzione; CAVALLUCCI-Neapel: Purpura an... telangiectodes; CIAMBELLOTTI-Siena: Stronzio nelle sindromi dolorose tab... DE FAVENTO-Triest: Cure abortive della sifilide; FREUND-Triest: Rare derm... LEVI-Triest: Fibrosarcoma del pene; MARTINOTTI-Bologna: Allergia eczem... MONACELLI-Rom: Irradiazioni e sistema reticolo-istiiocitario; PORCELLI-Liv... Tumori cutanei; SOSCIA-Neapel: Reazione di MEINICKE; TOMMASI-Siena: ... sufficienze degli funzioni cutanee; TRUFFI-Padua: Azione spirocheticida ... siero; VERROTTI-Catania: Superinfezione e terapia immunitaria; GUNDER... Oslo: Relation der Psoriasis zur fokalen Infektion; WALTER-Warschau: M... thérapie de la Syphilis précoce; NICOLAU u. BLUMENTHAL-Bukarest: G... ostéo-cutanées dus au bacille tuberculeux aviaire; BREMENER-Moskau: W... des Leukoderma; GRSCHEBIN-Smolensk: Liquor bei Syphilis; SCHIMANKO-M... Behandlung der Hauttuberkulose; TISCHNENKO u. KOLJADA-Moskau: W... von Natriumhyposulfit auf die alkalische Blutreserve; TSCHERNOGUBOW ... W. RACHMANOW-Moskau: Syphilis der Haut und des lokomotorischen Sy... bei Tabes und Paralyse; WORONOFF-Moskau: Das Wesen des Leukoderma; HEL... STRÖM-Stockholm: Meningo-enzephalitische Veränderungen bei Affen nach ... zerebraler Impfung mit Lymphogranuloma inguinale; JAEGER-Zürich: Hau... tionsprüfungen bei Ekzem; RAMEL-Lausanne: L'étiologie tuberculeuse de l... thème multiforme; M. WELTI-Bern: Konstitutionstherapie bei Hautkrank... R. BEZECNY-Prag: Seltene Hauttumoren; HECHT-Prag: Hg oder Bi; HU... MANN: Mischungen von Neosalvarsan-Natriumthiosulphat; KREIBICH-Prag: ... blem der Langerhanszelle; PETRAČEK-Prag: The Lymph' and Cutaneous Di... SAMEK-Prag: Röntgenbestrahlung der Schilddrüse; SAUDEK-Brünn: Aug... tions de la résistance cutanée du lapin par l'applications de révulsives ch... SCHOENHOF-Prag: Granuloma nasi gangraenosum; WOHLSTEIN-Pistyan: P... gene Entstehung von Dermatosen; GJORGJEVIC-Belgrad: Urethritis gonorrh... Urethritis simplex; KITCHEVATZ-Belgrad: Strepto-Staphylococcies cutanées; K... Agram: Allergie nach Pilzinfektion; GRIN-Sarajevo: Endemische Syph... Bosnien.

Am 17. Mai fand im Zoologischen Institut zu Berlin eine Erinnerungsfe... FRITZ SCHAUDINN statt.

Nachdruck (auch des Abschnittes „Tagesg. Nachr.") ist ohne Genehmigung des Ver... nicht erlaubt

Verantwortlich für die Redaktion: für Originalabhandlungen und T.N.: Prof. Dr. J. H... Leipzig, Johannisplatz 1. Für den Referatenteil: Dr. FRITZ CALLOMON, Dess...

Digitized by Google

Sachverzeichnis

* bedeutet Originalarbeit

ABC, ärztliches, Rechts-, Berufs-, Wirtschafts- und soziale Fragen des Arztes, Finkenrath u. Ruhbaum 599.
Acanthosis nigricans, Popoff 869.
— — und Scleroedema adultorum, Lehner 27.
Achorien bei dem Verfahren nach Wilenczyk und über „Organes nodulaires", Bruhns 49.
Achorion gypseum, Wachstum auf Meerschweinchenorganen, Kadisch 598.
Acne, Beschäftigungsakne, Fessler 457.
— conglobata, Histologie, Selisky 560, 697.
— necrotica, Berg 348.
— — des behaarten Kopfes nach Grippe, Naegeli 724.
— rosacea, Antimonbehandlung, Bain 498.
— Schälkur mit Kohlensäureschnee, Azeton und Schwefel, Giraudeau 696.
— vulgaris, Keloide nach, Samek 387.
— Zuckerstoffwechsel bei, Strickler u. Saylor 626.
Acrodermatitis atrophicans, Berg 348.
— Kasztor 388.
— Samek 558.
— an Arm und Hand, Bruhns 620.
— einseitig, handschuhförmig, Vitiligo, Suttonsche Dermatose, Habermann und Kutsch 352.
— im Anschluß an Verletzung, Zinsser 842.
— Verschluß der Arteria dorsalis pedis, Freund 691.
Acrodermatitis chronica atrophicans, Alexander 147.
— — Buschke 777.
— — Sklerodermie mit infiltrativem Stadium der, Fischl 455.
— symmetrica mit Anetodermie und Sklerodermie, Golomb u. Faingold 562.
— continua, Brain 323.
— — (Hallopeau), Hees 605.
— — Keining 875.
— — Lenartowicz 491.
Adalinexanthem, Keining 353.
Addisonsche Krankheit, Snell u. Rowntree 851.
— — Säure-Basen-Gleichgewicht bei, Maranon 851.
Adenokarzinom s. Karzinom.
Adenom der Schweißdrüsen, Goodman 222.
Adenoma papilliferum malignum der Nase, Markoff 158.
— sebaceum, Lanteri 493.
Adipositas, zyanotische, der Unterschenkel, Milian 393.
Adrenalinähnliche Substanzen, urtikarieller Effekt, Chen 598.
Adrenalin- und Pilokarpininjektionen in die Haut, Leukozytenformel bei, Meineri 461.
Aknebazillus, Ketron u. Brown 806.
Aknekeloid, Gottron 620.
*Akroasphyxie der Hände mit blander Resorption der Fingerenden, Klieneberger 685.
Akrodynie, kindliche, Artom 466.
Akrozyanose, endokrine Beziehungen der, Pineles 815.
Aktinomykose der Haut, primäre, Ronchese 222.
— durch Jodoformumspritzung geheilt, Richter 621.
Aktinomyzeten, Morphologie aërober, Seitz 199.
Alastrim und Pockenschutzimpfung, Leschke 857.
Aleppobeule (Leishmaniose), Löhe 146.
Alibert, der Kliniker, Montgomery 228.
Alimentationsprozeß, Untersuchungen des Blutes und der Papillarlinien im, Schläger 44.
Alkalose und Dermatosen, Spillmann 723.
Alkoholmißbrauch, Fischer 725.
Allergie bei Hautkrankheiten, Highman 223.
— und Azidose, Choremis 426.

Digitized by Google

Allergische Dermatosen, Kasuistisches, Steiner 722.
— — orale Desensibilisierung, Urbach 458.
— Eruptionen, Barber 876.
— Hautreaktionen und Beeinflussung durch Jod, Buschke u. Joseph 426.
Alopecia areata, Sabouraud 358.
— — Ätiologie, Rogers 565.
— — — Sabouraud 148.
— — Beziehung zu Vitiligo und Sklerodermie, Brown 248.
— — — — — — — — Roxburgh 249.
— — generalisata, Orsós 28.
— — generalisierte, Rosenthal 778.
— — klinische Studien, Genner 295.
— — totalis, Wiedmann 456.
— — — mit Nagelveränderungen, Zinsser 842.
*— — und akute Infektionskrankheiten, Rosenthal 612.
— — — Fazialisparese derselben Seite, Freund 69.
— — — Metallretention, Feit 875.
— atrophicans, Brinitzer 351.
— diffusa, ovariell bedingt, Wiedmann 456.
— Hyperkeratosis cystica follicularis, Hoshimoto u. Ohno 100.
— mycotica cicatrisans, Mulzer 351.
— parvimaculata, Herrmann 219.
— totalis, Katona 747.
— — nach Quecksilbervergiftung, Jaffé 691.
— universalis bei Polyneuritis, Stiefler 565.
*Alopezie, halbseitige, mit Hemiatrophia alternans facialis progressiva, Pigmentverschiebung und Hautatrophie, Bernstein 235.
— und Sklerodermie, Weinberger 559.
Altersfalten im Gesicht, Beseitigung, Halla 471.
— s. auch Hautrunzeln.
Amyloid in der Haut, Freudenthal 875.
Anaphylaxie beim Menschen, sogenannte tödliche, Lamson 786.
— hereditäre Übertragung, Nattan-Larrier u. Richard 101.
— und Atopie, Adelsberger 427.
Androgynie und Metatropismus, Hynie 518.
Anetodermie mit Acrodermatitis chronica symmetrica und Sklerodermie, Golomb u. Faingold 562.
— sekundäre, nach Lichen scrofulosorum, Habermann 355.
Angina leptothrica, Joseph 158.
— Plaut-Vincentsche, Williams 226.
— — Zikowsky 531.
— s. auch Plaut-Vincentsche Angina.
Angina tonsillaris, konservative Behandlung, Szanto 531.
*Angiokeratoma naeviforme (Naevus angiokeratosus), weiterer Beitrag zur Klinik, Fabry 339.
Angiolupoid, Freund 875.
— der Wange, Milian 393.
Angiom der Harnröhre, Ritter u. Rattner 661.
Angioma cavernosum der oberen Extremität, subkutanes, Beretvás 563.
— — faciei mit Glaukom, Ohno 121.
— — linguae, Derbandiker 520.
Angiosarkom, primäres, Doleschall 33.
Ankylostoma canium, Dermatitis durch, White u. Dove 224.
Anthrax s. Milzbrand.
Anthrazen, Hauterkrankungen durch, Chajes 415.
Antipyrinexanthem, Beron 871.
— Konrad 458.
— Rusch 287.
— fixes, Haller 25.
Anurie, Behandlung der kalkulösen, Britius 193.
Aphthen am Gaumen, Freund 145.
Arctuvan, Wossidlo 403.
Argyrie, Matras 458.
— Stillians 876.
Arndt, Gedächtnisrede auf, Loehe 6.
Arsen durch die menschliche Haut resorbiert, Leva 102.
— rein epitheliale Überempfindlichkeit der Haut gegen, Königstein 287.
— s. auch Syphilis 15.
Arsenbehandlung mit der Dürkheimer Maxquelle, Leva 102.
Arsendermatitis und vegetatives Nervensystem, Myers u. Müller 876.
Arsenhaltige Schönheitspillen, Dermatosen durch, Stern 471.
Arsenkeratose, Kenedy 22.
— mit Karzinom, Fuhs 457.
Arsentherapie bei Hautkrankheiten, Lutz 722.
— von Hautkrankheiten, Lutz 500.
Artefakte, hysterische der Haut, Ritter 34.
— (?); Komedonen in der Narbe, Zinser 842.
Artifizielles Ulkus, Buschke 692.
Arzneimittel der heutigen Medizin, Dornblüth 228.
Askariden, Überempfindlichkeit gegen, Königstein 287.
Askaris, Allergie des Menschen gegenüber, Fülleborn u. Kikuth 427.
Aspergillosen und Splenomegalien, Hauterscheinungen, Nanta 149.
Association des Dermatologistes et Syphiligraphes de langue française, Fournet 666.

Digitized by Google

Atherome an den Ohren, Zinsser 841.
Atmosphäre in Hauterkrankungen, Bettmann 875.
Atoxylvergiftung, neutralisierende Wirkung des Natriumthiosulfats bei, Kuroda 124.
Atrophia cutis cum pigmentatione, Szántó 21, 22.
— — idiopathica unilateralis, Fuhs 457.
Atrophie der Haut, Davies 846.
— — — idiopathische einseitige, Fuhs 289.
— — — mit Akrofibromatose, Oppenheim 287.
*— — — — Hemiatrophia alternans facialis progressiva und halbseitiger Alopezie, Bernstein 235.
— — — — netziger Anordnung, C. F. Hahn u. Faitza 354.
— — — nach Impetigo vegetans, Milian 850.
— — — s. auch Acrodermatitis.
— — — und Muskeln, halbseitige, Brack 723.
— — — — Sklerodermie, Lévy 667.
— — — — — Zusammengehörigkeit, Ostrowski u. Goldschlag 492.
— — — zirkumskripte, Ledermann 621.
— des subkutanen Fettgewebes, Buschke 145.
Atrophodermia vermicularis der Backen, Zoon 710.
Autosuperinfektion, de la Portilla 875.
Autovakzinotherapie in der Dermatologie, Jasnitzky u. Dmitriew 130.
Ayerzasche Erkrankung s. Lungensyphilis.

Bacillus vaginalis Döderleini, zur fermentativen Charakteristik, Smorodinzew u. Kott 753.
Bakterienpräzipitin, Isolierung, Haku 631.
Bartflechte s. Sycosis.
Basalioma cylindromatosum der Mundhöhle, Kriloff 871.
Bazinsche Krankheit s. Erythema induratum.
BCG. Schicksal im Organismus, Lubarski 231.
— Vakzination mit, Cinca, Franke u. Vitner-Rosenthal 231.
Berufskrankheiten, Ausdehnung der Unfallversicherung auf —, Stellung der Hautkrankheiten, Beintker 468.
— Dermatologische Erwägungen zur Unfallversicherung auf, Fuss 13.
— in chemischen Betrieben, Entschädigung von, Sommerfeld 468.
— s. auch Gewerbekrankheiten, professionelle Dermatosen.
— Zweite Verordnung, Ausdehnung der Unfallversicherung auf — in ihrer Bedeutung für die Dermatologie, Chajes 408.
Bestrahlungsversuche in vitro, Laser 788.
Bilharziagefahr, besteht für Deutschland? Praetorius 814.
Bilharzia, gutartige Reizgeschwülste durch, Sorour 502.
Bilharziakrankheit, Ursache und Behandlung, Cawston 662.
Bilharzioseaffektionen, Diagnostik durch Reaktivierung, Tsykalas u. Riegl 132.
Blase s. Harnblase; Gonorrhoe, Cystitis, Zystitis.
Blaseninhalt, prinzipieller Unterschied in der chemischen Zusammensetzung von — und intravital entnommenem Hautgewebe, Urbach 429.
Blastomycosis, Miller u. Morrow 876.
— Thomson 324.
— der Zunge, Fontana 459.
Blastomykose?, Vámos 24.
*— des Gesichts, Boehm 92.
Blattern s. auch Pocken, Variola.
Bleisulfidflecken, Herrmann 221.
Blennorrhoe s. auch Gonorrhoe.
Blutgefäßendothelwand, Bau der, Frieboes 190.
Blutgruppe, Pigment und Kopfform, Beziehungen zwischen, Steffan 785.
Blutkörperchen, weiße, Herkunft der, Weidenreich 221.
Blutprobe und Kammergericht, Caro 785.
Blutserumreaktion bei Hautkranken und Graviden, potentielle, Bruck 243.
Blutzuckeruntersuchungen, Belastungsproben bei, Rost 723.
Bösartige Impfgeschwülste der Ratte, Bedeutung der Milz und des Retikuloendothels für die Abwehr, Brüda u. Pfeiffer 529.
— und normale Gewebe, Wechselbeziehungen zwischen, Fischer, Laser u. Hertha Mayer 155.
Bowensche Krankheit, Yoshida 563.
— — am weiblichen Genitale, Rusch 287.
Brasilien, Brief aus, Darier 847.
— Dermatologie in, Fox 625.
Brocqsche Krankheit, Freund 145.
— — Keining 352.
— — Kreibich 387.
Bromoderma vegetans, Covisa 750.
Bubo s. auch Ulcus molle.
*Bubonen, klimatische, Histopathologie, Hoeppli 305.
*— — zur Klinik, Ruge 1.
— strumöse, Nachbeobachtungsergebnisse, Willners 129, 132.
Buckysche Strahlen s. auch Grenzstrahlen.
— — weitere Indikationen für, Fuhs u. Konrad 469.

Digitized by Google

Calciobrol, über, Woker 787.
Calciumpräparat, neues, Schamberg 876.
Caraté und Mal del Pinto, Howard Fox 876.
Carcinoma basocellulare, Nebenführer 747.
— pedis auf dem Boden einer Acrodermatitis atrophiidiopathica, Kressin 853.
*Cercaria ocellata, Hautveränderungen durch, Vogel 577.
Cheilitis glandularis, Bejarano 36.
— — und Epitheliom, Covisa, Bejarano u. Gay 875.
Chemie der Haut, Rothman u. Schaaf 422.
— — — Lehren physiologischer, Comel 465.
Chlor- und Wassergehalt der normalen durch Quarzstrahlen entzündeten Kaninchenhaut, Nathan u. Stern 782.
Chrom, Hyperkeratosen nach, Haber 559.
*Chromoblastomykose, Fall von, Pozojewa 615.
*Chromsäuredermatitis, Vitiligo nach, Werther 766.
Chrysarobindermatitis, Verhinderung durch U.-V.-Bestrahlung, Naegeli 722.
Chrysarobinverfärbung über den Venen, Zinsser 841.
Coccidien, Granuloma coccidioides, Schuyler-Pulford u. Larson 568.
— — — 24 neue Fälle, Cummins, Smith u. Hallidoy 569.
Coccidiosis und Blastomycosis, Miller u. Morrow 876.
Condylomata acuminata der Harnröhre, ausgebreitete, Bak 524.
Creeping Disease, Photinos 850.
— — ein Fall von, Laurent 718.
— — Fall von — in North Dakota, Wright 199.
— — s. auch Larva migrans.
Cutis frontis gyrata, Laubál 747.
— laxa, Naegeli 724.
— marmorata, Bedeutung hinsichtlich Exanthembildung, Mayer-List 44.
Cystitis dissecans gangraenescens bei einem Manne, Maluschew 404.
— tuberculosa, Behandlung, Haslinger 404.
— s. auch Gonorrhoe, Harnblase, Zystitis.

Daktyloskopisches, Kockel 43.
Dariersche Krankheit, Naegeli 724.
— — Effloreszenzen an Hand- und Fußrücken bei, Yamamoto u. Ohya 123.
— — Vater und Sohn, Höfer 775.
— — 2 Fälle, Zinsser 841.
— — s. auch Psorospermosis.

Dehydrogenation in mit Ultraviolettlicht bestrahlter Haut, Bertaccini 465.
Dermatitis, artifizielle, Sainz de Aja 751
— atrophicans, Fröhlich 747.
— — Pintér 28.
— — an gekreuzten Extremitäten, Fibromentwicklung, Oppenheim 286.
— — maculosa, Fuhs 457.
— durch Pastinacea sativa, Heye 467.
— exfoliativa adultorum (Wilson-Brocq) Beron 871.
— — durch arsenhaltige Tapeten, Hallerau 225.
— — nach Sulfozyankalium, Weis u. Ruedemann 467.
— — neonatorum, Sukigara 121.
— generalisierte, bullöse, wuchernde Form, Gaté u. Michel 720.
— herpetiformis, Buschke 691.
— — Dufke 387, 658.
— — Heller 621.
— — ?, Herczeg 24.
— — Hofmann 556.
— — Matras 459.
— — Perutz 456.
— — Popchristoff 870.
— — Wagner 556.
— — Arsylen bei, Lutz 500.
— — des Gesichts auf anaphylaktischer Basis, Ciambellotti 461.
— — humorale Veränderungen bei, Gaté, J., Thiers, H. u. Michel, P. 50
— — Magensekretion bei, Ayres 50
— — massive Dosen von Arsen bei, Toschkoff 500.
— — mit großen Dosen Arsen behandelt, Toschkoff 247.
— — mitis, Delbanco 349.
— — nachahmende Hautveränderung, Kenedy 22.
— — schwere Form mit basophilen Myelozyten im Blut und basophilen Polynukleären in der Blasenflüssigkeit, Nicolas, Rousset u. Froment 71
— — und Pemphigus conjunctivae, Louste u. Pinoche 695.
— — — Purpura anularis, Laubál 3
— — 2 Fälle, Zinsser 841.
— — s. auch Duhringsche Krankheit.
— mit ungewöhnlicher Ursache, Lewy, Hirsch 811.
— pustulosa, vegetierende, zur Kenntnis auf histologischer Basis von Pseudo-Epitheliom, Venturi 463.
Dermatologenkongreß, VIII. internationaler — in Kopenhagen 504.
— slawischer, in Warschau, Hufnagel 697.
Dermatologia i Sifilografia, Società Italiana, XXVI. Kongreß in Rom 50

Digitized by Google

Dermatologie, differentialdiagnostischer Führer durch die, Ruete 599.
— Erfolge und Mißerfolge in der, Riecke 430.
— in Brasilien, Fox 625.
Dermatologische Klinik in Leiden 676.
— — München, neue, Mayr 783.
Dermatology and Syphilology, British Association, X. Jahresversammlung, 532.
Dermatomykosen, Beiträge zur Lehre, Kadisch 595.
— zur Behandlung der, Salzmann 198.
— s. auch Hautpilze, Mykosen, Pilze.
Dermatomyositis, Gottron 875.
— Jaffé 620.
Dermatoneurom s. Neurom.
Dermatophyten, Gesetz der Spezifität, Sabouraud 723.
— Infektion der Haare in vitro durch, Toma 357.
— natürliche Klassifikation, Sabouraud 356.
— von pleomorphem Aussehen, Primärkultur, Beintema 30.
— zur Dermatotropie der, Kadisch 567.
Dermatose nach arsenhaltigen Schönheitspillen, Stern 471.
Dermatosen, Glukoseintoleranz bei, Somerford 815.
— neuro-humoro-zirkulatorische, Juster 563.
— seltene, Freund 875.
— — Mulzer 875.
Dermatosis papulosa nigra, Michael u. Scale 625.
Dermatosklerose der Unterschenkel, Werther 319.
Dermatoskopie der normalen Haut des Menschen, Popper 187.
Dermographismus, Einwirkung von Ergotamin auf, Brucker 429.
— niger, Krantz 841.
— schwarzer, Krantz 429.
Diabetes, Karotinämie bei, Wise und Diasio 806.
Diabetiker, eigentümliche Degeneration der Haut bei einem, Oppenheim 457.
— Prostatektomie bei, Gammidge 322.
Diagnose, Fall zur, Kruspe 320.
— — — Nadel 491.
— — — Zinsser 842.
Diathermie, nichtchirurgische, Bisher 294.
Differentialdiagnostischer Führer durch die Dermatologie, Ruete 599.
Diphtheriebazillus, Differenzierung von Pseudodiphtherie- und diphtheroiden Bazillen, Quiroga 426.
Diphtherie, aktive Immunisierung gegen, Otto u. Blumenthal 202.
— der Haut, Ursache einer Epidemie, Massey u. Gladys Russel 202.
*Diphtherie der Haut, zwei Fälle, Schroeder u. Boas 405.
— ekzematoide, Naegeli 724.
Diphtheroide Bakterien, Wundinfektionen mit, Drügg 427.
Divertikel der Pars bulbosa, Langer 612.
Duhringsche Krankheit s. Dermatitis herpetiformis.
Durand-Nicolas-Favresche Erkrankung und Lues papulosa, Toschkoff 248.
Dysidrosis, Ursachen der, Kémeri 25.
Dyskeratosis miliaris Darier, Dietzl 748.
Dysmenorrhoische Dermatose wahrscheinlich endokriner Natur und syphilitischen Ursprungs, Belgodère 395.

Eczema infantum, Moro 498.
— mycoticum pedis et manus, Pilzkulturen von, Matras 459.
— seborrhoicum und Pityriasis lichenoides chronica, Übergangsformen zwischen, Fischl 191.
— scrofulosorum, Fuhs 457.
— solare, Jausion 876.
— vaccinatum, Rullmann 498.
Ehe, Dynamik, Wile 291.
— Fruchtbarkeit in der — und wunschgemäße Beeinflussung, van der Velde 295.
Eierstock s. auch Ovarium.
Eigenblutttherapie, Technik, Golomb 522.
Einschlußerkrankungen der Bindehaut in der Schweiz, Levinson 398.
Ektodermaler Defekt, Brain 846.
Ekzem, Abführmittel bei, Markianos 394.
— Ätiologie und Pathogenese, Bloch 504.
— — — — Darier 504.
— — — — Jadassohn 504.
— — — — Krzysztalowicz 504.
— — — — Oppenheim 504.
— — — — Pusey 504.
— — — — Sabouraud 504.
— — — — Samberger 504.
— — — — Whitfield 504.
— Allergie bei, Martinotti 876.
— als Arbeitsschädigung in der Versicherung, Ganzoni 812.
— Bacillus eczematicus, Beloussova 198.
*— Berufsekzem (Saxophondermatitis), Fellner 480.
— Blutzuckerbestimmung bei, Biberstein u. Linke 188.
— Chloridgehalt des Blutes bei, Burgess 223.
— der Hände, Ätiologie, Peyri 875.
— — Säuglinge, Montlaur 876.
— Diabetes als Ursache, Fidonza 875.
— durch Sonnenlicht mit Hämatoporphyrinurie, Goeckerman, Osterberg u. Sheard 228.

Digitized by Google

Ekzem, dysidrotisches — der Hände, Beziehungen zur Fußmykose, Bloch 721.
— ekzematoide Dermatitis und torpide Ulzera als Komplikationen von Hautverletzungen, Lutz 498.
— Ernährungstherapie, Jaffe 875.
— Erythrodermie nach, Bezecny 658.
— Frühjahrsgipfel, Memmesheimer 191.
— Hämolysotherapie, Weissenbach 876.
— halbseitiges, bei Trigeminusneuralgie (Artefakt?), C. F. Hahn 354.
— hartnäckiges, durch unspezifische Desensibilisierung geheilt, Draculides 391.
— Kalium-Kalziumgehalt in dem Serum, Klauder u. Brown 226.
— Magensekretion bei, Ayres 806.
— Natriumhyposulfid bei, Nicolas, Lacassagne u. Froment 719.
— Pathogenese, Patla 120.
— plötzlicher Tod bei Säuglingen, Gaté, Dechaume, Croizat u. Michel 813.
— — — im Kindesalter, Gaté, Dechamme, Coizat u. Michel 876.
— Röntgenbehandlung des, Björling 326.
— spezifische Sensibilisierung, Hopkins u. Kesten 876.
— und Ekzembehandlung, Kromayer 229.
*— — Pruriginöse Dermatosen, Behandlung mit Ochrosilpräparaten, Schindler 861.
— unmittelbare physiologische Heilung, Paul 660.
— vom Standpunkt der Idiosynkrasie, Bloch 497.
— Zuckerstoffwechsel, Miyake 121.
Ekzematiker, Desensibilisierungsversuche mit Terpentinöl auf perkutanem Wege, Geiger 186.
Ekzemfrage, Chemisches, Gans 875.
Elefantiastiforme Veränderungen, vulväre und perineale mit Adenitis inguinalis bilateralis, Popoff 869.
Elektrodesikkation in der Dermatologie, Archambault u. Marin 390.
Elephantiasis, Rosenak 259.
— der Gingiva und operative Behandlung, Läwen 157.
— des oberen Augenlides, Hemihypertrophia faciei und Hydrophthalmus mit Erweiterung der Sella turcica, Awguschewitsch 154.
*— nostras, Frühfälle von, Wirz 336.
— verrucosa; Tbc. verrucosa cutis, Laubál 747.
Endocarditis lenta, Hauterscheinungen bei, Soutter 722.
Endokrine Dermatosen bei der Frau, Deutung und Behandlung, Samuel u. Strauss 504.
Endomykosis der Haut, Artom 460.
Enuresis bei Kindern, Mohr u. Waterhouse 403.
— eigenartige Beobachtung bei, Zuszka 727.
— et Spina bifida occulta, Jacobovic. Urechia u. Teposu 727.
Ephedrin, Dermatitis durch, Scheer 625.
Epidermale Reizproben am Gesunden und Kranken mit zahnärztlichen Medikamenten, Zink 812.
Epidermodysplasia verruciformis, Tornabuoni 150.
Epidermolysis bullosa, Gottron 690.
— — aus Costa Rica, Lujan u. Nauck 813.
— — bei der Geburt vorhanden, Garland 499.
— — erworbene, Dowling 324.
— — hereditaria, Baar 839.
— — — bei Vater und Tochter, Fischer 388.
Epidermomykosen, Beitrag zum Studium der, De Gregorio 35.
Epidermophytie des Nagels, mit positiver Kultur, Karrenberg 597.
Epidermophytide der Hände, Jadassohn u. Peck 185.
— in Form postskarlatinöser Schuppungen an den Händen, Peck 567.
Epidermophyton, Bildung von Schläuchen bei, Wilenczyk 199.
— Priestley, Effloreszenzen der Handflächen und Fußsohlen durch, Photinos 694.
— im Blut bei Fußmykose, Peck 567.
Epididymitis bei einem Kinde, abszedierende, Campbell 729.
— — Typhus, Greenberg u. Greenwald 729.
— ohne Tuberkel, chronische, Wildbolz 729.
Epithelioma adenoides cysticum, Zinsser 892.
— basocellulare der Sternalgegend, Perchristoff 872.
Epitheliomatose, oberflächliche, Montgomery 226.
Epitheliom der Eichel, basocelluläres, Behandlung mit Kaltkaustik, Giacardy u. Durand-Dastès 847.
— — Glans, Louste u. Rault 694.
— — Haut von gemischter Form, Cortella 463.
— — Unterlippe, Chorazak 492.
— — — Nadel 491.
— s. auch Krebs, Karzinom.

Digitized by Google

Epitheliome, viszerale Metastasen metatypischer, Juon 722.
- der Schweißdrüsen, Crosti 465.
Erblichkeit bei Hautkrankheiten, Hecht 533.
Erosio interdigitalis saccharomycetica, Gentianaviolett bei, Cornbleet 224.
Erysipel, Ätiologie, insbesondere des chronisch-rezidivierenden, Baerthlein 501.
- Behandlung mit Anti-Scharlachserum, Thomson 250.
- biologische Behandlungsmethoden, Lavergne, Florentin u. Gousset 501.
- des Gesichts und doppelseitige Hodenentzündung bei einem Säugling, Rouèche 502.
- Entwicklung der Blutplättchen bei, Gavrila, Secarea u. Magureanu 501.
- Gold bei Behandlung von, Nardi 465.
- Heilwirkung auf bösartige Tumoren, Waldapfel 131.
- Nervenkomplikationen, Dereux u. Galiègue 130.
- Röntgentherapie, Fried 501.
- Verhütung am Kaninchenohr durch Serum und Vakzine, Lavergne, Florentin u. Gousset 131.
Erysipelas perstans faciei, Ödem der oberen Extremitäten, Kren 455.
Erysipelbehandlung, Andreew 131.
Erysipeloid in den Vereinigten Staaten, Klauder, Malcolm, Harkins 876.
- Rosenbach am Unterschenkel, Procházka 518.
- — zur Kenntnis, Bierbaum u. Gottron 191.
— Serumkrankheit und Rotlaufimmunbehandlung, Callomon 361.
- s. auch Pseudoerysipel.
Erythem, infektiöses, 9 Tage unter Form eines Erythems und einer Purpura, Blum 748.
- papulosquamöses, zirzinär mit Leukoderm, Gougerot u. Blum 149.
- papulöses, schmerzhaftes, Folge von Autointoxikationen, Gougerot 848.
- polymorphes, Lortat-Jacob 666.
- — Ramel 666.
- roseolaähnliches urtikarielles, Bezecny 659.
- urtikariell-toxisches, rezidivierendes, Riehl jun. 288.
Erythema bullosum, Somogyi 26.
- chronicum migrans (Lipschütz), Lewith 386.
- — — — Maschkilleison u. Minsker 119, 665.
- elevatum diutinum, Weidmann u. Besancon 625.
Erythema gyratum simplex (Jadassohn), Falkenstein 840.
— induratum, Löhe 777.
— — exulceratum, Werther 319, 803.
— — an Oberarmen und Unterschenkeln, Dufke 387.
— — des Gesichts, Kreibisch 657.
— — ulzeriertes, Buschke 691.
— — und Lupus vulgaris, Fleischmann 659.
— — — Sarkoid Darier-Roussy, Gottron 690.
— — — Skrofuloderm, Alexander 147.
— migrans behandelt mit Schweinerotlaufserum, Bezecny 558.
— multiforme, atypisches, Buschke 620.
— — Beziehungen zu der abgeschwächten Tuberkulose, Ramel 722.
— — bullöses, durch Salvarsan geheilt, Milian 394.
— — durch Insolation, Kasztor 388.
— — Endocarditis vegetans, Tod durch Hirnblutung, Milian 393.
— — im Anschlusse an eine akute Mandelentzündung, Lanzenberg u. Chaumerliac 29.
— — langdauerndes, bei Endocarditis, Milian 393.
— — seit 6 Monaten rezidivierendes, Gouin 29.
— — tuberkulöse Ätiologie, Ramel 876.
— — Typus inversus, Rille 46.
— — Ursache des, Ramel 807.
— — s. auch Erythem, polymorphes.
— nodosum bei Kerion Celsi, Dorn 219.
— — mit wechselnder Tuberkulinempfindlichkeit, Fuhs 288.
— — und Tuberkuloseinfektion, Kinder mit, Boddin 474.
— palmare hereditarium, Lane 227.
— papulosum extensum dolorosum, Flamm 27.
— pernio, Brezovsky 23.
— — Ätiologie, Hallam 876.
— toxicum, Laubal 24.
Erythemmesser, Schall 419.
Erythrocyanosis der Kniee, Simon u. Coignerai 695.
— — Unterschenkel, Milian 393.
— symmetrica supramalleolaris, Sainz de Aja 36.
Erythrozyanose, symmetrische; Endokrine polyglanduläre Angioneurose, Kistiakovsky 805.
Erythrodermie congénitale ichthyosiforme, G. W. Unna 350.
— ichthyosiforme, Lebeuf u. Froment 721.
— nach Ekzem, Bezecny 658.
— pityriasique en plaques disséminées, Bruhns 692.

Digitized by Google

Erythrodermie, an Pityriasis rubra erinnernd, Strempel 839.
— (Psoriasis?), Ledermann 692.
Erythrodermien im frühen Säuglingsalter, Hirsch 813.
Erythromelalgie, einseitige, hysterischen Ursprungs, Mumford 807.
Erythrozytensenkung bei NS-Eingießungen an Kaninchen, Ariewitsch 522.
Esophylaxie, Memmesheimer 875.
Essig als Mittel der Gesundheitspflege, Muchow 229.
*Esthiomène, kasuistischer Beitrag, Weinberger 761.
— s. auch Syphilis 7.
Eumed, Exanthem nach, Fischer 621.
Eunuchoidismus femininus mit partiellem Gigantismus und Ichthyosis, Einar 400.
Exanthema subitum und Influenza, Willi 569.
*Exantheme, syphilisähnliche an den äußeren Genitalien weiblicher Kinder, Alexander 56.
Exfoliierende Dermatosen, Schwefelgehalt des Harns bei, Barral u. Rousset 720.
Exotische Hautkrankheiten, seltene Formen, Photinos, Panagiotis 847.
Exsudative Diathese, Spätperiode, Rost u. Keller 498.

*Fadenpilze, Färbung in Kulturen, Boss 482.
Fadenpilzkolonien unter Wirkung des Lichtes, v. Berde 186.
Faulecke, Finnerud 227.
Favus am männlichen Genitale, Tomkinson 855.
— experimenteller, de Gregorio 750.
— herpeticus, Konrad 288.
— impetiginodes, Hynie 520.
— infolge Achorion Schönlein, Hufschmitt 29.
— unterhalb des Auges, herpetiformer, Kerl 458.
*Feigenbaumdermatitis, Berlin 733.
Fettatrophie, idiopathische, Richardson 846.
Fettgewebe, Zusammensetzung des menschlichen, Buengner 425.
*Fibroepithelioma angiomatodes am Penis, Karzinom vortäuschend, v. Berde 375.
Fibroma molluscum s. auch Recklinghausensche Krankheit, Molluscum fibrosum, Neurinom.
— subunguale multiplex, Dobrotworskaja 560.
Fibrom der Schulter, derbes, Kerl 456.
Fibrome der Ohrläppchen an Stelle der Durchbohrung für Ohrringe, Milian u. Périn 394.
Fibrosarkom der Haut, progressives u. rezidivierendes, Usher 249.
— des Penis, Levi 876.
— s. auch Sarkom.
Fibrosarkome, Sind die — der Haut Dermatoneurome? Darier 390.
Filaria Bancrofti, Versuche in Kulturflüssigkeiten zu züchten, Couteaud 503.
Filaria sanguinis in Hajdunanas, Ungarn, Neuber 503.
— — — — — Fall von, Neuber 46
Filme, dermatologische, Höfer 875.
Fingerkontrakturen, Röntgenuntersuchungen, Matsunaga 124.
Finger- und Zehenkontrakturen bei Bewohnern der Südseeinsel Truk, Matsunaga 123.
Fingendruckbestrahlung der normalen Haut des Menschen, Popper 187.
Fissura ani, Behandlung, Gabriel 497.
Fluor, Behandlung, Reichmann 755.
Fluorbehandlung. Beitrag zur, Röttger 755.
Fluor der Virgo intacta, Behandlung, Calmann 755.
— Wirkung auf den Zellstoffwechsel, Ewig 755.
Fluoreszenz beim Menschen, sichtbare, Bommer 325, 664.
Fluorwasserstoffsäure, Verbrennung mit —, Schwefelbehandlung, Slomnescu 468.
Folliclis-Acnitis, papulonekrotische Tuberkulide von Art der, Popoff 247.
Folliculitis decalvans, Zinsser 841.
— exulcerans, Ostrowski, 491.
Follikelzysten unter dem Bilde eines Syringozystadenoms, Wagner 656.
Follikuläre Hautveränderungen, Fischer 838.
Follikulitiden, atrophierende, chronische vegetativ endokrine Störungen. Marcozzi 461.
Fox-Fordycesche Krankheit, Freund 9
— — Galewsky 319.
— — Takigawa 125.
— — Venturi 462.
— — — bei einem jungen Manne. Patrier 30.
Framboësie, experimentelle, Allgemeinsymptome bei, Hashiguchi 562.
— in Haiti, tropische, Fox 805.
Framboësiekaninchen, metastatische Veränderungen, Hashiguchi 125.
Framboësie und Syphilis, Hermans 9
Fremdkörpergranulome der Haut, Wringer 424.
Fremdkörper in den weiblichen Genitalien, Watzen 754.
Frigidität, sexuelle, Owensby 291.

Digitized by Google

Funikulitis in Ägypten, chronische parasitäre, Sorour 730.
Furunkel des Gesichts, Kosmetisch störende Narben nach, Fuhs 286.
Furunkulose geheilt mit d'Hérelleschen Bakteriophagen, Bizard u. Saïas 130.
— Hautläsionen nach 50 Jahre zurückliegender, Milian 393.
- infolge von Sarcina tetragena mit Autovakzine und Antivirus behandelt, Galli-Valerio u. Bornand 130.
- Schwefel in homöopathischen Dosen bei, Salkind 561.

Gänsehautbildung, Zängerle 429.
Galvanisierungsarbeiten, Hauterkrankungen durch, Chajes 411.
Gangrän der Inguinalgegend im Gefolge Adenitis und Pyodermie der Vorhaut, Nicolas, Lacassagne u. Froment 720.
- Dermatitis gangraenosa infantum mit Bakteriämie (Salmonella suipestifer) Hu 200.
- des Gliedes infolge Kolibazillen, Nicolas, Lebeuf u. Froment 719.
gangränöse Prozesse im Rachen bei Schädigung des Granulozytenapparates, Korach 158.
Genitalatrophie und Vorderlappenhormon, Ehrhardt 154.
genitale Entzündungen, Röntgenbehandlung der, Seisser 756.
- Fluoreszenzerscheinungen am weiblichen, Hauser 753.
Genitalerkrankungen, nichtvenerische, Semon 400.
— — zur Kenntnis, v. Berde 370.
genitalien, weibliche, Fremdkörper, Watzen 754.
genitosuprarenaler Symptomenkomplex, Langeron u. Danès 401.
Gerson-Herrmannsdorfer-Sauerbruchsche Diät für Tuberkulose, bestehen theoretische Grundlagen?, Glaser 874.
Geschlechtsbestimmung auf Grund der Blutreaktion, Owtschinnikov u. Schischov 196.
Geschlechtskranke, Heilbehandlung in den Beratungsstellen, 232.
Geschlechtskrankheiten, Allrussische Tagung zur Bekämpfung der, Bronner 43.
- antivenerische Organisation von Madrid, Bejarano u. De la Portilla 37.
- Arbeit des Venpunktes in Beresdowo, Berenstein 522.
- Atlas, Frieboes 424.
- bei der Handelsmarine, Hanschell 289.
Geschlechtskrankheiten bei der Handelsmarine, Behandlungsproblem, Ross 289.
— Bekämpfung in Adscharistan, Schischlo 121.
— — — Bulgarien, Beron 41.
— das neue deutsche Gesetz über, Carle 873.
— der Kinder, neue Erhebungen, Grumach 43.
— Deutsche Gesellschaft zur Bekämpfung der, 28. Jahresversammlung in Dresden 704.
— Entwicklung der venerologischen Dispensaire, Okun 523.
— Gesetz zur Bekämpfung, Annoncierverbot im, Grisebach 40.
— — — — Auswirkungen, v. Petzold 759.
— wirtschaftliche Behandlungsweise, Jadassohn 758.
— im Donezbassingebiet, Furmanow 521.
— Kongreß zur sexualen Reform in Kopenhagen, Leinbach 525.
— Lehrbuch, Frieboes 424.
— — Mayr 295.
— persönliche Prophylaxe, Habermann 355.
— — — Měska 564.
— — — Schwarzmann 525.
— Reichszählung 1927, Bandel 294.
— Schtschigrowschen Kreisvendispensär, Petrow 121.
— Tätigkeit einer venerologischen Abteilung in Sibirien, Okun 524.
— und geheime Prostitution, Verbreitung, Gravagna 460.
— — Skabies in Wien, Epidemiologie der, Oppenheim u. Feßler 42.
— — Unfall, Heller 563.
— Ursachen der Verbreitung, Dunajewskij 43.
— Vendispensär in Minsk, Schapiro 524.
— Verhütung, Dispensär für Seeleute in Boulogne sur Mer, Queyrat 694.
— Versuch der Interessensphäre der Zuhörer bei sanitärer Aufklärung entgegenzukommen, Schapiro 521.
— von Frauen der französischen Gesellschaft für gesundheitliche und moralische Prophylaxe geleistete Arbeit, Montreuil-Straus 42.
Geschlechtskrankheitsgesetz, zum Begriff der Behandlung i. d. § 7, Schläger 759.
Geschlechtsleben der Arbeiter in Kutais, Beridse 120.
— — — — Saratow, Chrapkowskaja u. Kontschilow 120.
Geschlechtsorgane der Tiere, männliche, besondere Zellanhäufung, Sbiosawa 702.

Digitized by Google

Geschlechtsorgane, weibliche, Strahlenbehandlung, Warnekros 788.
Geschwülste, bösartige, Isaminblautherapie, Roosen 697.
— — serologische Methoden zur Diagnose 788.
Geschwulstbildung und Trauma, Deelmann 788.
— — — Werner 788.
Geschwür, weiches s. Ulcus molle.
Gesichtsbehaarung, klimakterische, Esau 565.
Gesichtsfurunkel, Bedeutung und Therapie Oloffs 814.
Gesichtsplastiken, Schlesinger 471.
Gewerbekrankheiten der Grubenarbeiter, Schatilow 467.
— — Hopfensammler, Smithies 467.
Glossitis s. auch Zunge.
— und Cheilitis artificialis, Sainz de Aja 751.
Glykämie und Hautleiden, Insulinbehandlung, Narducci 466.
Gommes scrofuleuses s. auch Skrofulose.

Gonorrhoe

1. Allgemeines

Fragebogen über Gonorrhoe, Buschke u. Loewenstein 783.
Gonorrhoe, Frei 295.
— in einem Knabeninternat, Oldershaw u. Leslie 809.
Infektion, unmittelbare gonorrhoische, beim Manne, David 395.
Inkubationsperiode beim Tripper, Dauer, Borissowskij 524.
Kinder, sollen vor Verschickung in Heime auf Gonorrhoe untersucht werden, Langer 41.
Konstitution bei Gonorrhoe, Hecht 385.
Rostow am Don, Gonorrhoe in, Platowskij 525.
Rückfälle beim Tripper des Mannes, Geyer 194.
Urethrographie bei Gonorrhoe, Frühwald 260.
*Urethrographie bei Gonorrhoe des Mannes und bei der Frau, Frühwald 133.

2. Ätiologie und Serologie der Gonorrhoe

Bordet-Gengousche Reaktion, diagnostische Bedeutung bei weiblicher Gonorrhoe, Lwow 701.
Coxitis, gonorrhoische, Ramond 701.
Diagnostische Reaktionen bei Gonorrhoe, vergleichende Wertschätzung, Lewin 119.
Experimentelle Gonorrhoe, Alisoff u. Faibitsch 397.
Gonokokken im Mastdarm, wie lange können virulent bleiben, Mühlpfort 196.
— und Einschlußkörper, Fodor 700.
Gonokokkenzüchtung auf Blutwasseragar, Caspar 397.
Guttadiaphot am Beispiel der Gonorrhoe, Stenzel 187.
Immunerscheinungen beim Tripper, Ambrogio 464.
Komplementbindung bei Gonorrhoe, Osmond 809.
Serodiagnostik, Hecht 384.
Spermakultur, Nachweis versteckter Gonokokken durch die, Dmitriew 36

3. Pathologie und Klinik der Gonorrhoe

Abszedierende Orchitis, Langer 775.
Arthritis blennorrhoica, Popchristoff 872.
Balanitis gonorrhoica, Heyn 620.
*Bulbusgonorrhoe, chronische, Bulbusirrigationsprobe und Bulbusendoskopie, Leyberg 341.
Endokarditis, reine Gonokokken- mit tödlichem Ausgange, van der Veer 62.
Gummi am Gesäß, Orchi-Epididymitis u. Fistelbildung, Nicolas, Lacassagne u. Rousset 32.
Keratodermie, gonorrhoische, zur Pathogenese, Lidström 665.
Kutane gonorrhoische Infektion. Panaritium mit gonorrhoischer Lymphangitis, Allgemeininfektion nebst Gelenkerkrankung, Genner u. Schultzer 70.
Mädchen, Gonorrhoe bei kleinen, Nowotelnowa 521.
Mastdarmtripper bei Frauen, Landermann u. Einoch 522.
Panaritium mit gonorrhoischer Lymphangitis, Allgemeininfektion und Gelenkerscheinungen, Genner u. Schultzer 391.
Paraurethraler Abszeß bei Gonorrhoe 75
Periurethrales Infiltrat mit zentraler Abszedierung, Herrmann 220.
Pseudo-Cowperitis (knotige Lymphangitis) am Damm?, Frei 778.
Rheumatismus, gonorrhoischer, Ravaut u. Roulin 229.
Röntgenbild der hinteren Harnröhre, Frühwald 875.
*Schwankungen im Verlauf der Gonorrhoe, Stümpke 583.
Tendovaginitis gonorrhoica, Dunker 9
Vulvovaginitis gonorrhoica infantum, Spanier 702.

Digitized by Google

4. Therapie der Gonorrhoe
ortivbehandlung, Hecht 385.
nach Englebreth, Moran 421.
— — 500 Fälle, Englebreth 421.
cridinfarbstoffe, Chemotherapie der Gonorrhoe mit, Engelhardt u. Dahlem 75.
gentothiosulfatum sodicum, Marcozzi 493.
nnorrhoeprophylaxe bei Neugeborenen, medikamentöse, Schäfer 702.
emo-Vakzinotherapie der gonorrhoischen Erkrankungen, Versuche mit Immunisation des Blutes in vitro, Baschkirzew 120.
oleval, Wert, Ullmann 701.
ragan in der Gonorrhoebehandlung, Kissmayer 325.
ithermie und Tripper, Golay 722.
doskopie der männlichen Gonorrhoe, Dufke 383.
rmalin- und Joddämpfe, Dufke 384.
uengonorrhoe, Fischer 384.
namin (Sobernheim) und Chloramin bei Tripper, Welti 723.
nokokkenvakzine, Opsonisation, Belonovski 786.
des Serum-Institutes, Tokio, Hirata 123.
nokokkenvakzineinjektionen, angebliche Gefährlichkeit intravenöser, Bruck 316.
norrhoebehandlung und Gonorrhoeheilung, Scholtz 398.
norrhoe des Mannes, zur, Haber 383.
novitan, Bakteriologie, Levinthal 702.
— und Klinik, Wolff 397.
Spezifität, Cohn 397.
— des, Wolff 397.
lziumbehandlung von Adnexerkrankungen, Klöverkorn u. Mayer-Buley 875.
endvakzine, Verwendung der, Langer 399.
de Gonorrhoebehandlung, Hecht 385.
orbäder bei chronischen Komplikationen, Petscherski 521.
reargon-Therapie, Klausner 384.
onisation der Medikamente, Belonovski 786.
tagonbehandlung der weiblichen Gonorrhoe, Schaefer 702.
sikalische Behandlungsmethoden, Samek 384.
er-Quellstäbchen (Partagon), Mühle 398.
nsargan, Kunewälder 399.
ipperfrage, zur, Riebes 551.
paflavin, bei akuter Gonorrhoe, Skutezky 398.
intravenöse Behandlung, Stefanoff 399.
Vakzinetherapie der akuten Gonorrhoe, Barbellion 421.
Weibliche Gonorrhoe, Begutachtung der Heilung, Lilienthal 399.
— — Behandlung, statistische, Erhebungen, Bauer u. Schwarz 702.
— — Frühbehandlung, Rosenstingl 399.
— — Iontophoresebehandlung, Bode 400.
Wie lange soll die Gonorrhoe beim Manne behandelt werden? Rosow 524.

Gramfestigkeit von Pneumokokken und Diphtheriebazillen, Wilke 101.
Gramsche Methode, Mechanismus, Bégouet 100.
— Reaktion, Grenzen der Spezifität, Béguet 101.
Granulom, Küttnersches, Kreibich 387.
— venerisches, harmloses, Gougerot u. Blum 850.
Granuloma anulare, Geiger 286.
— — am Handrücken, Ehrlich 320.
— — zur Frage des, Sachs 119.
— coccidioides, Schuyler-Pulford u. Larson 568.
— — 24 neue Fälle, Cummins, Smith u. Hallidoy 569.
— — 50 Fälle, Evans u. Ball 815.
Granulome, Fremdkörper — der Haut, Woringer 424.
— nach unbemerkt eingedrungenen Fremdkörpern, Knoflach 428.
Granulosis rubra nasi, Hercz 26.
— — — Kasztor 659.
Graviditätsdermatose, Löwenberg 838.
Gravidität, toxisches Exanthem bei, Dufke 658.
Grenzstrahlen, über die sogenannten, Toyama u. Ischikawa 121.
Grenzstrahlentherapie, Stand und Ausblicke, Bucky 126.
Grubenarbeiter, professionelle Dermatosen, Schatilow 467.
Grundumsatz und respiratorischer Quotient Hautkranker, Fehlerquellen bei Bestimmung, Ciambellotti 493.

Haare, unter die Haut eingepflanzte, und Genese der Riesenzellen im reaktiven Granulationsgewebe, Masuda 100.
*— zur Geschichte der Entfernung unerwünschter, Friedmann 451.
— s. auch Gesichtsbehaarung 564.
Haarpilzerkrankungen s. auch Thallium aceticum.
Haarregeneration, Beeinflussung durch äußere Reize, Linser 875.
Haarwachstum, Beeinflussung durch äußerliche Mittel, Forster 565.
Haarzunge, Röntgenepilation, Dohan 157.
— schwarze, Samek 387.

Digitized by Google

Haemangiectasia hypertrophica Parkes-Weber, Pautrier 723.
Hämangiektasie, hypertrophische, Pautrier u. Alice 847.
Haematoma subunguale, Behandlung, Daniljak 160.
— unguale traumaticum, Beer 566.
Hämaturie, schmerzfreie, Fränkel 752.
Hämoglobinurie, paroxysmale, Dózsa 195.
— — Fall von, Epstein 750.
Hämophilie beim Neugeborenen, Blonstein 127.
Hämorrhagische Diathese der Haut bei Lungentuberkulose, Gottron 690.
— Diathesen, hereditäre, Rosling 473.
Hämorrhoidalleiden, Ichtoxylsuppositorien bei, Preuss 757.
Hämorrhoiden, zur Therapie, Unger 757.
Hämorrhoidenverödung in einer Sitzung, Bellot 757.
Hämosiderosen, kutane, Diss 358.
Hämostatischer Ballon von Davis, erleichterte Einführung, Scott 661.
Harn s. auch Urin.
Harn, ist trüber — stets Eiterharn?, Boulanger 752.
Harnapparat, gemeinsames Vorkommen mehrere Mikrobenarten in dem, Fisch 794.
Harnblase, Divertikelstein, Pleschner 193.
— Entfernung einer Stearinkerze aus der, Zimmermann 726.
— Entleerung nach Heiss, Friedel 704.
— Fettsteine, Oleolithen und Medikamentensteine, Blanc 750.
— Infektion mit Trichomonas vaginalis, Visher 402.
— kleinzelliges Rundzellensarkom, Mackenzie 663.
— Luftembolie bei chirurgischem Eingriff an der, Mathé 422.
— und Harnleiter, Einbrüche genitaler Eiterherde in, Ottow 752.
— Wirkung der ultravioletten Strahlen auf Bewegung des Epithels der, Umeda u. Takatsu 563.
— s. auch Gonorrhoe, Cystitis, Zystitis, Zystoskopie.
Harnblasenatonie, primäre, Fronstein 192.
Harnblasenblutungen bei Grippe, Podvinec u. Pllak 726.
Harnblasendivertikel, zwei Fälle, Echref 750.
Harnblasenfremdkörper bei Kindern, Hottinger 193.
Harnblasengrund, Resektion wegen Karzinom, Kidd 663.
Harnblasenkatheter, Lage im Röntgenbilde, Burger 726.
Harnblasenscheiteltumor-Urachuskarzinom, Kielleuthner 193.
Harnblasenschließmuskel, Funktion d. Portwich 726.
Harnblasenspiegel, Stumpfwinkelopt. Hennig 196.
Harnblasenstein, Perforationsperitonitis durch, Ries 195.
— um eine Haarnadel gebildeter, D... 196.
Harnblasensteinbehandlung, Werboff ...
Harnblasensteinbildung bei Urogen...tuberkulose, Minder 196.
Harnblasensteine, wann werden ma... — bei Röntgenaufnahme nicht s...bar?, Mombaerts 422.
Harnblasentumoren, Elektrokoagulat... Kolischer 403.
— maligne, mit Radium behandelte, N... 291.
Harnblasen- und Harnleiteratonie, Z... 196.
Harndesinfektion, neue Methode, B... länder 403.
Harnextravasation, Vortäuschung eit...taner — durch Anasarka, Bailey ...
Harnfähige Substanzen, Ausscheidu...weg, Schlayer 194.
Harnkanälchen von Meerschweinchen, T...rao 121.
Harnleiterende, juxtavesikale, beim We... Ureterolithotomie, Oppenheimer ...
Harnleiterkatheterismus, neue Tec... zur aseptischen Gewinnung des Ha... Lane 661.
Harnleitersteine, instrumentelle Lö... Schlagintweit 193.
Harnorgane, Sexualdisposition bei E...krankungen der, Günther 196.
Harnröhre, Angiom der, Ritter u. R...ner 661.
— Karunkel der, zwei mit Radium b...handelte Fälle, Loucks 759.
— männliche, Röntgenuntersuchung, P... 703.
— Ruptur der Urethra membranacea ... Harnaustritt, Bennardi 663.
— Sarkome der, Puhl 194.
— Strikturen der weiblichen, Goro... 195.
*— vordere, elastischer Massagedehn... die, Struve u. Felke 745.
— weibliche, Karunkel der, klinische ... histologische Studien, In 121.
— s. auch Urethra.
Harnröhrenpapillome, Langer 621.
Harnröhrenplastik zur Beseitigung ... skrotalen Hypospadie, Nissen ...
Harnröhrenspülungen, durchsich... Schutz für, Compan 421.
Harnröhrenverengerung, Pugh 661.

Digitized by Google

arnröhrenverengerung, operative Behandlung der undurchgängigen, Kroiss 193.
arnverhaltung, Dub 386.
Behandlung mittels Durchtrennung der Nn. hypogastrici, Richter 421.
arnwege, Auswirkung der chronisch-entzündlichen Erkrankungen der männlichen Adnexe auf die oberen, Heckenbach 728.
Behandlung chronischer Entzündungen mit Alkorzin, Heckenbach u. Jacoby 728.
Infektionserkrankungen der, Gaschke 403.
lartgeld, Überempfindlichkeit gegen, Rothman 98.
ut als Sinnesorgan, Comel 151.
auf dem behaarten Kopf, begrenzte anormale angeborene Entwicklung, Saradshew 562.
Chemie der, Rothman u. Schaaf.
Gemütseinfluß auf die, Bonjour 249.
histologische Technik, Hoepke 423.
kindliche, als Reaktionsorgan, v. Gröer 404.
Physiologie der, v. Frey u. Rein 422.
sekretorische und thermoregulatorische Aufgabe, Comel 151.
Sensibilisierung gegen Menschenserum, Tezner u. Reiter 426.
Stickstoffgehalt der normalen und pathologischen, Watanabe 121.
Stoffwechsel, Pulay 154.
Studien über Kalkablagerung, Masuda 121.
zur Anatomie und Biologie, Friboes 189.
utabteilungen zweier Kinderkrankenhäuser in London, Erfahrungen aus den, Wigley 660.
utatrophie s. Atrophie der Haut.
utdefekte, ausgedehnte kongenitale, Rüder 852.
utdrüsen, Eliascheff 149.
uterkrankungen, pyogene, Zinntherapie bei, Orbach 130.
utfunktion und hypertonische Kochsalzlösung, Engelhardt 72.
utfunktionen, Erforschung mittels örtlicher Ionisation, Jeanselme, Girandeau u. Bureau 723.
Insuffizienz, Tommasi 876.
utgefäße, Einwirkung klimatischer Faktoren auf — und deren Bedeutung für Hautkrankheiten, Haxthausen 429.
utklinik in Greifswald, 44.
utkrankheiten, allgemeine Therapie, Perutz 698.
Erblichkeit bei, Hecht 533.
Handbuch für, Montesano 40.
Organtherapie der, Karo 189.
Hautkrankheiten, Statistiken der zehn häufigsten, Goodman 224.
— und Alkalose, Spillmann, Drouet u. Verain 33.
— Vererbung, Siemens 187.
Hautnervenkrankheiten, Behandlung, Juster 152.
Hautpilze, Einfluß der Züchtungstemperatur auf Angehen und Größe der Kolonien pathogener, Kadisch 190.
— Variabilität des Artcharakters, Biltris 198.
*Hautrunzeln, histologische Grundlagen der therapeutischen Beeinflußbarkeit, Fischl 546.
— s. auch Altersfalten.
Hautstücke, Implantation in das Gehirn, Sakurane 121.
Hauttuberkulose, Ergebnisse der Diätbehandlung, Wichmann 874.
Hautwiderstand des Kaninchens, Saudek 876.
Haut- und Gelenkerkrankungen, Beziehungen zwischen, Richter 815.
— — Geschlechtskrankheiten, Atlas, Frieboes 424.
— — — Behandlung der, Hoffmann 724.
— — — — 7. Auflage, Schäffer, Zieler u. Siebert 39.
— — — Lehrbuch, Frieboes 424.
— — — — Mayr 295.
— — — Lehre und Forschung in — an der Universität Greifswald, Schönfeld 423.
— — Schleimhauterkrankungen, Ultraviolett- und Hochfrequenztherapie, Heller 127.
Heliotherapie, Grundsätzliches zur, Rollier 468.
— von Hautkrankheiten, besonders Tuberkuliden, Rollier 662.
Heliotherapie, Wandlungen in der Bewertung, Klare 468.
Helminthologische Beiträge aus Fukien und Chekiang, Hoeppli, Hsü u. Wu 151.
*Hemiatrophia alternans facialis progressiva mit halbseitiger Alopezie, Pigmentverschiebung und Hautatrophie, Bernstein 235.
Hermaphroditen, Operationen an, Meixner 40.
— — — Moskowicz 40.
Hermaphroditismus s. auch Pseudohermaphroditismus.
Herpes beim Meerschweinchen, experimentelle, Teissier, Gastinel u. Reilly 128.
— experimentelle Encephalitis herpetica des Affen, Levaditi, Lépine u. Schoen 128.

Digitized by Google

Herpes linguae und Gastritis chronica ulcerosa, Jenner 575.
*— menstrualis, Nachweis eines allergischen Zustandes bei, Géber u. Rajka 737.
*— recidivans necroticus, Neosalvarsan bei, Balog 617.
— simplex und Vakzine, immunbiologische Wechselbeziehungen, Pette 475.
— und Vakzine, bestehen zwischen — Immunitätsbeziehungen? Gildemeister u. Hilgers 475.
Herpesvirus in der Gewebekultur, Gildemeister, Hagen u. Scheele 474.
— Virulenzänderung unter Einwirkung verschiedener Bakterien, Baló 474.
— widersteht — der Austrocknung? Heuer 474.
Herpes tonsurans s. Trichophytie.
— zoster, Experimentelles über, Spicca 494.
— — der Mutter und Varicella beim Kinde, Fuhs 286.
— — generalisatus, Lortat-Jacob u. Poumeau-Delille 696.
— — generalisatus, subleukämische Lymphadenosis nach, Gottron u. Jacobi 776.
— — — und seine Infektiosität, Hashimoto u. Numata 122.
— — nach Varizellen, Dietl 475.
— — symmetricus (chronicus recidivans), Herrmann 220.
— — varicellosus, Bourgin 474.
— — zur Frage, Glaubersohn u. Willfand 356.
— — s. auch Varizellen.
Histiozytenaktivierung in Leber, Milz und Lymphknoten des Immuntieres, Epstein 101.
Histologische Technik der Haut, Hoepke 423.
Hochfrequenzströme bei Hautkrankheiten, Sibley 292.
Hoden s. auch Orchitis.
— neuer Befund in, Blumensaat 727.
Hodenentzündung bei einem Säugling mit Gesichtserysipel, doppelte, Rouèche 502.
Hodenextrakte und keratoplastische Wirkungsweise, Ciambellotti 494.
Hodensarkom, Lumbaldrüsenmetastasen bei, Swan 322.
*Höhensonne, desensibilisierende Wirkung der — als Heilfaktor bei einem Berufsekzem, Fellner 480.
Hodentumoren, Strahlenbehandlung, Desjardins, Squire u. Morton 729.
Holzarten, exotische, Hauterkrankungen durch, Chajes 412.
Homosexualität, Menschenscheu, Qu[illegible] der, Aronstam 291.
— psychobiologische Bedeutung, Mea[illegible] 290.
— verschiedene Formen, Oberndorf 2[illegible]
Hopfensammler, Gewerbekrankheiten d[illegible] Smithies 467.
Hormonale temporäre Sterilisierung w[illegible]licher Tiere mit Insulin, Vogt 4[illegible]
Hufeisenniere, Diagnostik der, Ludwi[illegible] 194.
Hundebißverletzung, eigenartiger ba[illegible]riologischer Befund nach, Grilich[illegible] 129.
Hydroa aestivale, Vámos 28.
— buccalis, Behandlung, Gaté, Bos[illegible]net u. Michel 31.
— vacciniforme, Hornyánszky 2[illegible]
Hydronephrose vergesellschaftet mit a[illegible]ranten Gefäßen, konservative plastis[illegible] Operationstechnik, Patsch 663.
— Beziehung zu abnormer Nierenzirk[illegible]tion, Ferré 294.
Hymenformen, seltene, Moskoff 759.
Hymenruptur, Möglichkeit der N[illegible] oder des freiwilligen Geschlechts[illegible] kehrs ohne, Poljakoff 757.
Hyperfeminierung, experimentelle, Go[illegible] mirovic 703.
Hyperkeratose des Handtellers, Pick[illegible]
— s. auch Keratose.
Hypernephrom und Digestionstrakt, H[illegible] 193.
Hypertrichose und Behandlung, Ma[illegible] 160.
Hypogenitalismus mit Gigantismus [illegible] Ichthyosis, Einar 400.
— s. Eunuchoidismus.
Hypophysenvorderlappenwirkung auf d[illegible] strahlengeschädigte Ovarium, Wa[illegible] 402.
Hypospadia peno-scrotalis, Ersatz d[illegible] fehlenden Harnröhre durch Ba[illegible] schleimhaut, Rosenstein 194.
— perinealis, Therapie der, Schöp[illegible] 196.
Hypospadie, Hautplastik für Behand[illegible] Meyer 402.
Hysterie, Ulkus bei, Kwiatkowski [illegible]

Ichthyosiforme Erythrodermie s. a[illegible] Erythrodermie.
Ichthyosiformer Naevus, Naegeli [illegible]
Ichthyosis bei Hypogenitalismus un[illegible] gantismus, Einar 400.
— congenita, Siemens 187.
— — larvata, Winternitz 656.
— erworbene, Little 324.
— hystrix, Röntgenbehandlung, Pert[illegible] 292.
— — vom Sauriertypus, Spillman[illegible]

Digitized by Google

chthyosis palmaris durch Bucky-Grenzstrahlen gebessert, Konrad 287.
- serpentina, Doleschall 23.
- simplex, Wagner 656.
- vulgaris, Nadel 492.
kterus, histochemischer Eisennachweis bei Ikterus, Hülse 815.
mpetigo herpetiformis, Leszczynski 491.
- herpetiformis beim Manne mit Veränderungen der Gelenke und Nägel, Batunin 524.
- — bei postoperativer Tetanie und parathyreoipriver Kachexie, Danisch 500.
- neonatorum, Bekämpfung, Rulison 811.
mpfung, generalisierte, Eruption im Gefolge einer, Maire u. Wozinger 29.
- s. Pockenschutzimpfung, Vakzination.
mpotenz, Psychotherapie, Osnato 291.
ncontinentia urinae beim Weibe, endovesikale Behandlung, Picard 195.
nduratio penis plastica mit Radium behandelt, Samek 558.
- — — Radiumstrahlen bei, Fuhs 703.
- — — zur Symptomatologie und Therapie, Gent 554.
nfibulation bei einem Infantilen, Levy-Lenz 757.
nfiltration der Haut und Muskulatur, generalisierte chronisch entzündliche, Urbach 288.
nflammatio cutis racemosa, Kenedy 22.
- — — calorica, Nebenführer 22.
nkontinenzbehandlung bei Frauen mit intravesikaler Elektrokoagulation, Fränkel 754.
nnere Krankheiten, traumatische Entstehung, Stern 425.
Sekretion, Beziehung der Haut zur, Strandberg 38.
nsulin, hormonale Sterilisierung weiblicher Tiere durch, Vogt 402.
nterdigitale Mykose, Histologie, Biberstein 596.
ntertrigo einst und jetzt, Carle 812.
ntraarterielle Therapie, de la Portilla 751.
nzucht, Problem der, Fetscher 758.
nisation in der Dermatologie, Girodeau 848.
ontophorese zur Behandlung von Erkrankungen der Haut, Kästenbaum 238.
nthraminblautherapie bösartiger Geschwülste, Roosen 698.

esionek zum 60. Geburtstag gewidmet, Rothman 45.
d s. auch Syphilis 18.
in Blut, Urin und Hautblasenflüssigkeit, Brack 722.

Jodkalium, giftige Eigenschaften bei intravenöser Injektion, Lewin, Neradow u. Tschetschulin 561.
Jucken der kranken Haut, Entstehen und Beeinflußbarkeit, Rothman 810.
— Röntgenbestrahlungen bei, Hombria y Soto 36.
— s. auch Pruritus.
Juckende Dermatosen, Behandlung, Schweitzer 476.
— entzündliche Dermatosen, Therapie, Segall 476.
*Juckenerregende Dermatosen, Behandlung, Freischmidt 836.
Juckgefühl, klinische und experimentelle Untersuchungen, Ehrenwald u. Königstein 475.
Juxtaartikuläre Knoten s. Syphilis 8.

*Kamille, Anwendungsmöglichkeiten in der dermatologischen und urologischen Praxis, Isar 712.
Kamillenblüten, das wirksame Prinzip der, Junkmann u. Wiechowski 787.
Kankroid s. Karzinom.
Karzinom am Unterlid nach Radiumbehandlung, Werther 320.
— Basaliome des Rumpfes, Karrenberg 348.
— — multiple, Keining 349.
— Basalzellenepitheliom, Behandlung des frischen, Smith 294.
— — des Kopfes, Pautrier u. Diss 30.
— — wahrscheinlich infolge von Teer, Nicolas, Lacassagne u. Rousset 31.
— bei Lupus erythematodes, Riehl 458.
— Berufskrebse in Deutschland, Teutschländer 788.
— — — Großbritannien, Leitch 788.
— Bestrahlung, gegenwärtige Methoden, Holfelder 532.
— — — — Miescher 532.
— — — — Schinz 532.
— chemische Behandlung, Aschner 788.
— der Haut, Radium bei, Sittenfield 292.
— — Tonsillengegend, Röntgenbehandlung, Coutard 159.
— — Haut, Röntgentherapie der, Miescher 723.
— — — zwei besondere Fälle, Van der Valk 838.
— — Mamma, Haber 559.
— — Vorhaut, planes, Gottron 620.
— — Vulva, Radiumtherapie, v. Büben 756.
— — weißen Maus, Wirkung des Magnesiumchlorids auf die Entwicklung von, Kotzareff, de Morsier u. Morin 157.

Digitized by Google

Karzinom, Entstehung, Borrel 788.
— erbliche Prädisposition bei spontanen, Dobrovolskaia-Zavadskaia 157.
— des Penis, Brezovsky 23.
— — — Buschke 146.
— — — nach Verbrennung, Buschke 146.
— Epitheliom am Schenkel, pagetoid, Nicolas, Massia u. Rousset 32.
— Frage der Spontanheilung, Frauchinger 529.
— Krebsbehandlung des Dr. Salzborn, Neumann 530.
— Lippen-, Gottron 619.
— Lupus-, Fasal 458.
— — Nadel 491.
— — Ssyrenskaja 524.
— Lymphstauung als Vorbedingung für, Handley 528.
— mit Arsenkeratose, Fuhs 457.
— Naevo-, geheilt durch Röntgenbestrahlungen und negative Elektrolyse, Watrin 33.
— Plattenepithelkarzinom des Penis, Langer 778.
— Plattenzellen- am Gaumen, Werther 320.
— Präkarzinom, Deelman 528.
— primäre Multiplizität, Madlener 854.
— Schweißdrüsen-Epitheliom, Hufschmitt u. Diss 30.
— spinozelluläres, Toschkoff 247.
— Strahlenbehandlung, Halberstädter 788.
— Ulcus carcinomatosum cruris, Doleschall 855.
— s. auch Epitheliom, Lupuskarzinom, Teerkrebs.
Karzinomagens, chemische Natur des, Sokoloff 155.
Karzinomzellen, Zahl der Chromosomen, Heiberg u. Kemp 853.
Kälte, allergische Hautkrankheiten nach, Sellei 596.
Kalkeinlagerungen nach Perniosis, Hopf 354.
Kalksalze, Ablagerung in der Haut, Rolnik 522.
Kamillosan und Kamillosept, Tissot 432.
Kapillarmikroskopie, Jaensch 229.
Kapillarmikroskopische Untersuchungen bei experimentellen Kutanreaktionen, Bettmann 186.
Karbolsäure, Verbrennung durch Umschläge mit, Rabut u. Guex 293.
Karbunkel, Behandlung des Nacken-, Pollwein 130.
Keloidakne?, Popchristoff 871.
Keloid auf Verbrühungsnarben, Schöntof 557.
— nach Furunkel, Jodiontophorese bei, Eiger 501.
— — — — — Wirz 500.
Keloide, Buschke 620.
— nach Acne vulgaris, Samek 387.
— — Impfung bei 4 Kindern derselben Familie, Naegeli 724.
Keratoderma palmare et plantare hereditarium, Freund 145.
Keratodermia gravis acuta, O'Donovan 323.
— maculosa disseminata symmetrica palmaris, Konrad 458.
— palmaris und plantaris, familiäre, Naegeli 724.
*Keratodermie nach Poliomyelitis, perporale, Gans 63.
Keratoma palmare et plantare, Werther 318.
— — — — hereditarium, Dietzl 749.
— — — — — Fessler 286.
— plantare hereditarium, Freund 777.
Keratome an Handflächen und Fußsohlen filiforme, Ramel 724.
— hereditarium mutilans, Vohwinkel 595.
Keratose, punktförmige, bisher nicht beschriebene, Schmidt 188.
— symmetrische, mit chronischer Gelenkerkrankung ohne Gonorrhoe, Lange 592.
Keratosen s. auch Hyperkeratosen.
Kerion Celsi, Popchristoff 871.
— — und Erythema nodosum, Dorn 21.
Kernzerstörende Gifte, Tätigkeit, Dustin 788.
Kiemengangsfistel, Haack 350.
Kinderkrankenhaus in London, Erfahrungen aus den Hautabteilungen, Wigley 660.
Kindliche Haut als Reaktionsorgan, v. Gröer 404.
Kitzelgefühl der Haut bei Organerkrankungen, Krieger 228.
*Kladiosis, Fleck 379.
Klitoris, Paraphimose der, MacArthur Brown 754.
Knöcherne Plättchen in der Haut, Lloyd Williams 811.
Knochenbildung im Bindegewebe (metaplastischer Herkunft, Lexer 42
Knoten, schmerzhafter, am Ohr, Bedère 391.
Kochsalzlose Diät, Wirkung, Dörffel
Körperrichtungen bei Tier und Mensch, Nomenklatur der, Richter 43
Kohlehydratstoffwechsel bei Hautkrankheiten, Pillsbury 876.
— und Schwefelhaushalt, Moncorps
Kolibazillus im Katheterharn Harnmarker, Häufigkeit, Pillet 752.
Kollagen, Dermatose mit Degeneration, Harper 224.
Kondylom s. auch Papel.

Digitized by Google

Kondylom, spitzes, s. Condyloma acuminatum.
IV. Kongreß der Weltliga für Sexualreform 788.
Kosmetik, ärztliche, neue Bestrebungen, Richter 471.
Kosmetische Winke, Kren 698.
Krätze s. auch Skabies.
Krätzebehandlung in Frederiksberg, Nielsen 569.
Krätzemilbe, Streit über die, Montgomery 224.
Krampfadergeschwüre, Behandlung, Ciambellotti 462.
Krampfadern s. auch Varizen.
- Vereinfachung der Injektionstherapie bei, Herzberg 809.
- Verödungstherapie der, Marcus 809.
Krampfaderverödung durch intravenöse Injektion, tödliche Embolie, Kühnau 473.
- mit Varikophthin, multiple Hautnekrose nach, Hesse 473.
- — — — — — Wreszynski 473.
— zur Technik der, Steiner 118.
Krankenblatt, medizinisch-soziales des Ambulatoriums in Nancy, Benech 395.
Krebs s. auch Epitheliom, Karzinom.
Krebskonferenz in Dresden 788.
Krebswachstum, Bedeutung der alkalischen Reaktion, Flaszen u. Wejtel 528.
Krebszelle und Glyzerinaldehyd, Mendel 788.
Krebszellen, serologische Spezifität, Hirszfeld, Halber u. Laskowski 156.
Krustöse Dermatitis der Kopfhaut und Streptokokkenerkrankung hinter den Ohren, Louste u. Pinoche 695.
Kryptokokkensepsis des Menschen, Windholz 856.
Kuhpockenlymphe in der Hauttherapie, Görl u. Voigt 432.
Kuttnersches Granulom, Kreibich 387.
Kunstdünger, Verätzung durch, Oppenheim 287.
Verätzungsgeschwüre durch, Oppenheim 457.

Laktosan, therapeutischer Wert, Kahn 522.
Larva migrans s. Creeping Disease.
Leiche, Veränderungen der Hautfelderung, Bettmann 162.
Leinersche Dermatitis s. auch Erythrodermia desquamativa.
Leiomyoma cutis multiplex, Corsi 324.
Leishmanien, serologische Untersuchungen bei, Ray 502.
Leishmaniose (Aleppobeule), Löhe 146.
amerikanische, Buss 188.
Leishmaniose der Genitalorgane, Silva 392.
Leishmaniosis cutanea, Behandlung, Dostrowsky 153.
*Lenigallol in der dermatologischen Praxis, Engelhardt u. Welcker 83.
Lepra, äußerliche Behandlung, Souza-Araujo 230.
— allergische und pharmakodynamische Reaktionen bei Ferrari 495.
— Bacterium leprae Kedrowski, Veränderungen unter Radiumemanation, Zolkevitsch 230.
— Behandlung, Rojas 204.
— CO_2-Schnee- und Lopionbehandlung, Paldrock 572.
— des Meerschweinchens, experimentell erzeugte, Drennowa 858.
*— Diagnose und Therapie, mit Berücksichtigung der intravenösen Injektion von Jodnatriumlösung, T. u. Y. Aoki 438.
— Ephedrin bei schmerzhaften Komplikationen der, Cochrane 572.
— Ernährungsproblem in der Bekämpfung der Tuberkulose und, Raadt 573.
— Frühdiagnose und Therapie; Behandlung mit Leprosin, Aoki 725.
— Gold zur Behandlung der, Rajewski 572.
— Jodkalibehandlung der, Cana'an 858.
— in Brasilien, Almeida 204.
— — Kolumbien, Rojas 204.
— — Marseille, Vigne 203.
— — Palästina und Cypern, Salzberger 152.
— — Spanien, Kampf gegen, Guillén 204.
— Kultur des Mycobacterium leprae, de Souza-Araujo 203.
— maculo-anaesthetica, Fall, Bejarano u. Enterria 36.
— — kombiniert mit Trichophytie, Nikiforowa 520.
— maculosa, der Farbigen, Sézary 694.
— Malariabehandlung, Pinard, Rabut, Girnad u. Abricosoff 696.
— mit Berücksichtigung des leprösen Erythema nodosum, Casazza 150.
— und Konstitution, Kusnezow 560.
— Verbreitung am Kaspischen Meer, Schwarzmann 230.
— visceralis, zur Morphologie, Stein 597.
— zur Behandlung, Robba 459.
Leprabazillus, Körnchenformen des, Hoffmann 203.
Leprabazillen, Kultur, Shiga 858.
Lepraerscheinungen, Freibleiben gewisser Körperstellen, Hopkins, Denney u. Johansen 805.
Leprakranke im Deutschen Reich 576.

Digitized by Google

Lepröse, Blutgruppen der in Estland, Paldrock 784.
— — — — Lettland, Weidemann u. Kaktin 785.
Leptothrix, Angina durch, Joseph 158.
*Leucaemia cutis, bisher unbekannte deletäre Form, Rille 46.
Leukämie als Folge bei Hautkrankheiten, Cleveland 226.
Leukoderm, Behandlung mit Goldnatriumthiosulfat, Lindsay 222.
Leukokeratosis linguae, Somogyi 747.
Leukonychia striata, Netherthon 160.
Leukosen und Leukoblastome, Hauterkrankungen durch, Arzt u. Fuhs 357.
Leukozyten in Sekreten und Phlyktänen der Haut, Ciarrocchi 495.
Lichen atrophicus, Laurent 721.
— atrophicus, Gaté u. Michel 719.
— nitidus, Gottron 591.
— — generalisatus, E. Fischer 659.
— obtusus, v. Grundherr 347.
— — Involutionsform der Neurodermitis circumscripta, Soutter 723.
*— — vulvae, Alexander 56.
— pilaris, Haller 747.
— planus, Drake 323.
— — Haber 388.
— — Kasztor 559.
— — Kauczynski 490.
— — Ostrowski 491, 492.
— — Pinkus 621.
— — Schönhof 557.
— — Seger 556.
— — Toschkoff 870.
— — anulärer, Gottron 776.
— — bei einem Syphilitiker, Tzanck u. Weismann-Netter 696.
— — Debatte in Straßburg, Bagnoli 496.
— — der Mundschleimhaut. Mißerfolg von Bestrahlungen des Zervikalmarks, Maire u. Woringer 29.
— — — Zunge und Wangenschleimhaut, Haack 350.
— — gleichzeitig amyotrophische Lateralsklerose, Werther 803.
— — hypertrophischer, Dowling 324.
— — konfluierende Eruption an bestrahlten Stellen, Nicolas u. Rousset 31.
— — mit Beteiligung der Mundschleimhaut, Haack 350.
— — — — — — Hofmann 386.
— — — den Nerven entsprechender Verteilung, Barber 323.
— — und Naevus, Müller 219.
— — — verrucosus, Doctor 221.
— — universalis, Löhe 777.
— — universeller, Buschke 69.
— ruber, Arsylen bei, Lutz 500.
— — auf Varizen, Gottron 145.
Lichen ruber der Hohlhände, Gottron 591.
— — der Mundhöhle durch Arsen unbeeinflußt, Zinsser 842.
— — mit verrukösen und bullösen Efflureszenzen, Höfer 775.
— — oder Lichen scrofulosorum, Pinkus 592.
— — verrucosus, Buschke 620.
— — — und gleichzeitige Neurodermitis, Bruhns 692.
— sclerosus, Goldschlag 491.
— scrofulosorum, Herrmann 219.
— — Pinkus 621.
— — Skeer 227.
— — Anetodermie nach, Habermann 35
— spinulosus, Haller 747.
— urticatus, Samek 387.
— Vidal, Blutzuckerbestimmung b. Biberstein u. Linke 188.
Lichenifikation, anormale, des Gesichts, Toschkoff 248.
— — — — nach Erysipel, Toschkoff 248.
— sekundäre, Gaté, Bosonnet, Mich. u. Vidal 32.
*— zweiter Beitrag zur Klinik der anomalen, Beron 233.
Licht, Woodsches, in der Dermatologie, Margarot u. Devèze 356.
Lichtdermatose, zirzinäre, papulöse, V. 455.
Lichterkrankungen, Hausmann 42
Lichtschutz und Lichtgewöhnung, M. scher 722.
— — Pigment, Keller 875.
Lingua geographica, Rajka 746.
Lipogranulomatosis subcutanea (M. Alexander 527.
Lipoidosis cutis et mucosae, Urbach Wiethe 526.
Lipomatosis, symmetrische, multiple L. wenstein 155.
Lipombildung, symmetrische, Sp. müller 527.
Livedo racemosa, Haber 388.
Littreitiden, stark vereiterte und ab. kapselte, Tissot 749.
Lithotripsie und Evakuierung unter K. trolle des Auges, Zeiss 293.
Livedo racemosa, Blatt 491.
— — Falkenstein 840.
— — Goldschlag 491.
— — Nadel 492.
— reticularis, Fuhs 286.
Lugolsche Lösung, Unterdrückung d. Veneninduration durch Natrium. sulfat, Ravaut 389.
Lumbalpunktion s. auch Syphilis 4
Lupoid, Boecksches, Kren 457.
— des Gesichts, miliares, Naegeli
— s. auch Angiolupoid.

Digitized by Google

Lupus des Gesichts, Werther 803.
— erythematodes, Hofmann 386.
— — Löhe 146.
— — acutus, Gawalowski 564.
— — — Löhe 692.
— — — Ritter 346.
— — auf dem behaarten Kopf, isolierter, Alexander 778.
— — ausschließlich der Kopfhaut, Toschkoff 870.
— — Beginn an der Kopfhaut, Toschkoff 870.
— — der Haut und Mundschleimhaut. Nagelerkrankung und neoplastische Läsion des Knies, Nicolas u. Froment 719.
— — discoides faciei, sternalis et interscapularis, Toschkoff 870.
— — disseminatus, Zurhelle 840.
— — acutus, zur Frage des, Darydowskij 559.
— — Behandlung mit Lopion, Kulisch 517.
— — disseminatus, Kren 455.
— — — acutus, Laubál 28.
— — — mit Exazerbation unter HS-Bestrahlungen, Matras 289.
— — durch Triphal gebessert, Bruhns 592.
— — Finsentherapie in Kombination mit Kal. permang. — Waschungen und Wasserstoffsuperoxyd — Zinksalbe, Conceicao Quintino 419.
— — geheilt durch Lopion und Jod-Iontophorese, Richter 621.
— — Goldbehandlung, Rivelloni 151.
— — intravenöse Injektionen von Goldchlorid, Haxthausen 853.
— — Karzinom bei, Riehl jun. 458.
— — Krysolgan bei, Latko 527.
— — Lopion-(Gold-)Behandlung, Wirz 852.
— — mit Anklängen an Leukämie, Schmidt 225.
— — -- Drüsentuberkulose, Delbanco 349.
— — — stürmischer Eruption, Kerl 456.
— — subacutus, Obduktionsbefund, Matras 289.
— — Tuberkulinwiederholungsreaktion nach Bessau, Marchionini 598.
— — und Alopezie, Dreyer 840.
— — und vulgaris, Valentova 564.
— — Wismuttherapie bei, Garzella 462.
— — zur Therapie des, Stefanoff 853.
— — 2 Fälle, Zinsser 841.
miliaris im Gesicht und Zylindrom der Parotis, Ramel 724.
pernio (Boecksche Sarkoide), Naegeli 724.
— Gottron 145.
Lupus pernio, Typus Schaumann, Ramel 724.
— tuberkulöser, durch Geflügelbazillus, Nicolau u. Blumental 392.
— vulgaris, Hallam 860.
— — Antivirustherapie, Raplan u. Karetnikova 576.
— — auf B. aviarus beruhender Fall, Nicolau u. Blumenthal 258.
— — autogene Inokulationen bei, Capelli 876.
— — Behandlung mit kolloidalem Bazillenextrakt von Grimberg, Frémicourt 576.
— — der Schleimhaut, Behandlung mit salzarmer Kost, Bernhardt 87.
— — Diätbehandlung, Bommer 183.
— — elephantiasticus, Zurhelle 840.
— — Ernährungsbehandlung, Bommer, S. u. L. Bernhardt 259.
— — erythematös-knötchenförmiger im Gesicht, Lupus sclerosus des rechten Fußes, Gaté u. Michel 718.
— — follicularis disseminatus, Fessler 287.
— — Fürsorgebehandlung des, Bommer 600.
— — Gewebereaktionen bei mit Citoretina behandeltem, Scolari 466.
— — giganteus, seit 26 Jahren bestehend, Naegeli 724.
— — Grundlagen und Ausblicke der Diätbehandlung, Bommer 575.
— — impetiginös-knötchenförmiger, Goldbehandlung, Gaté u. Michel 720.
— — Bekämpfung, 40 Jahre, Axmann 254.
— — Karzinom, Nadel 491.
— — — Fasal 458.
— — — Ssyrenskaja 524.
— — Lupuskarzinom s. auch Karzinom.
— — miliaris der Nase, Loehe 692.
— — — disseminatus, Laubál 28.
— — Morphinistin mit Lupusknötchen um die Spritzstellen, Pinkus 692.
— — multipler disseminierter, Garner 873.
— — nasi et mucosae oris. Tuberculosis papulonecrotica, Blatt 492.
— — Percain Ciba als Anästhetikum bei Pyrogallolbehandlung, Schärer 600.
— — tumidus, Loehe 692.
— —? Zirkumskripte subleukämische Lymphadenose, Bruhns 778.
— — 2 Fälle, Zinsser 841.
— — 30% Resorcinpasta bei, Valentová 519.
— — und Erythema induratum, Fleischmann 659.
Lymphadenose, zirkumskripte subleukämische, Bruhns 778.

Digitized by Google

Lymphadenosis, subleukämische, nach Herpes zoster generalisatus, Gottron u. Jacobi 776.
Lymphangiomatöse Entartung der Hand eines Säuglings, Heine 852.
Lymphdrüsenschwellung, Cohn 693.
Lymphe und Hautkrankheiten, Petraček 876.
Lymphogranuloma inguinale, Samek 558.
— — Schönhof 557.
— — s. auch Bubo, Durand-Nicolas-Favresche Krankheit.
Lymphogranulomatose, Rusch 457.
— der Haut, Schoenhof 358.
— — — generalisierte, Jones u. Alden 225.
— Klinik und Röntgentherapie, Kruchen 600.
*— mit eigenartiger Keratinisationsstörung, Poór 609.
— — Lichen urticatus, Samek 387.
— — lymphatischem Pruritus, Popoff 871.
— von außergewöhnlicher Ausdehnung unter dem Bilde der Mycosis fungoides, Mousson 325.
— zur Kenntnis der atypischen, Reinstorff 601.
Lymphogranulomatosis inguinalis, Hellerström 872.
Lymphadenia circumscripta, Schönstei 67.
Lymphadenose der Haut, aleukämische, Gottron 145.
*Lymphangiektasie des Mons pubis, v. Berde 371.
Lymphangiom am Augenlid, Ledermann 591.
Lymphangiome der Haut, Tryb 597.
Lymphknoten, regionäre, Reaktion bei lokaler Infektion und Reinfektion, Nishii 428.

Madurafuß s. auch Mycetoma.
— in Griechenland gefundene Pilzarten, Kyriasides 815.
Maduromycosis, Puestow 625.
Mäusekarzinom, Lipschütz 529.
Mäusesarkom, Untersuchungen über, Lipschütz 156.
Mäusetumoren, Wirksamkeit organischer Bleisalze auf, Collier 530.
Majocchi, Domenico, Petges 390.
Malakoplakie s. Harnblase.
Malariapigment, diagnostische Bedeutung, Steinfeld 851.
Mal del Pinto in Mexico, Howard Fox u. Carati 876.
— perforant du pied, geheilt nach Röntgenbestrahlung der Wirbelsäule, Schönhof 657.
Maligne Geschwülste, Impfstoffbehandlung nach Keyser, Gross 530.
Mangan, Veyrières 395.
Masern, Ätiologie und spezifische Behandlung der, Ferry 200.
— Schutzimpfung und Heilserumbehandlung, v. Pfaundler 570.
— s. auch Morbilli.
Maul- und Klauenseuche, Kultur des Virus, Rinjard u. Cordier 158.
— — Klauenseucheinfektion beim Menschen, Trautwein 782.
— — — — — differentialdiagnostische klinische Bemerkungen, Schönfeld 782.
Melanismus, zwei Fälle von erblichem, Orth 187.
Melanodermie, primäre, Milian u. Nativelle 695.
— Raynaud-Symptome und, Freund 79
— und mykotische Siderose, Nanta 5
Melanom auf Basis eines Naevus, Ritter 693.
Melanosarkome, multiple, Werther 8
Melanose s. auch Riehlsche Melanose.
Melanotische Tumoren des Unterschenkels, Hofmann 386.
Meleda, Mal de, Naegeli 724.
Melkerknoten, Schmitz 840.
— Ätiologie, Groth 858.
— mit toxischem Exanthem, Schultz u. Grundherr 185.
Meningo-Enzephalitis, Brock 857.
Menstruationszyklus und Kohlehydratstoffwechsel, Geneff 401.
Menstruelle Dermatosen, Recasens 94
Metatropismus und Androgynie, Hyn 518.
Mikromethodik. Quantitative Bestimmung der Harn-, Blut- und Organbestandteile, Pincussen 358.
Mikrosporid, Buschke 620.
Mikrosporie, Kruspe 320.
— und Trichophytie der Kopfhaut bei Erwachsenen, Massia u. Rocca 390.
*— zur Pathologie und Therapie, Neu 366.
Mikrosporiepidemie, Werther 319
— in Dresden, Werther 320.
— — — kleinfleckige Alopeziefälle, Werther 803.
Milchsalben bei Hautkrankheiten, R 787.
Milbe Rhycoglyphus hyacinthi, Derm durch, Pawlowsky u. Stein 39
Milbenerkrankungen des Menschen, v. Mallinckrodt-Haupt 624.
Miliarlupoid, Boecksches, Samek 65
Milium, Dore 846.

Digitized by Google

Milzbrand, bakteriologisch geklärter Fall von gewerblichem, Hofmann 502.
— Behandlung, Perićić 502.
— bei 15 Monate altem Kinde, Hodgson 502.
— malignes anthrakotisches Ödem des Gesichts, Dohnalová 564.
Milzbrandkarbunkel, virulenter Milzbrandbazillus, Sheplar u. Patterson 226.
Milzbrandpustel mit Septikämie, Serumtherapie, Paris 131.
*Milzbrandübertragung, multiple Hautinfekte bei, Callomon 505.
Mineralöle in der Therapie der Hautkrankheiten, Martinotti 495.
Mitralinsuffizienz nach Rheumatismus, Gougerot, Barthélemy u. Thiroloix 849.
Molluscum fibrosum, Diathermokoagulation, Valentová 519.
— — s. auch Fibroma molluscum, Recklinghausensche Krankheit, Neurinom.
Monilethrix, Thalliumbehandlung, Buschke 691.
— 2 Fälle, Zinsser 842.
Moniliaaffektion der Zunge, Frost, Sutherland-Campell u. Plunkett 805.
Moniliaarten, morphologische und biologische Charakter, Reiss 856.
Moniliainfektion, Mac Leod 846.
— Pinoyi-Castellani, Pilzerkrankung an den Genitalien, Odland u. Hoffstadt 226.
Morbilli s. auch Masern.
Mycetoma s. auch Madurafuß.
Mycosis fungoides, Dufke 557.
— — Gottron 591.
— — Herxheimer u. Martin 357.
— — Lilienstein 351.
— — Vollmer 839.
— — Zinsser 842.
— — (?) Zinsser 842.
— — d'emblée, Popoff 872.
— — die verwandte Allgemeinerkrankung, Bonne u. Lodder 855.
— — im infiltrativen Stadium, Arzt 288.
— — mit Pigmentierung der ganzen Haut, Habermann 352.
— — s. auch Prämykose.
Myiasis der Haut, Stewart 199.
Mykologie, dermatologische, Ballagi 599.
— Fragen der, Engelhardt 875.
Mykologisches, Karrenberg u. Schultze-Wolters 875.
Mykose der Haut, Verbreitung und Bekämpfung, Alexander 566.
Myloidosie der Haut, zirkumskripte, Gutmann 840.
Myopie nach Novarsenobenzol, spastische, Redslob u. Lévy 29.
Myositis s. Dermatomyositis.
Myxödem s. auch Trophödem.
Myxoedema circumscriptum symmetricum, Basedowianum, Keining 354.

NaCl-Ausscheidung bei Dermatosen, Mayr 875.
Nägel, Dystrophia unguium mediana canaliformis, Ledo 390.
— Haematoma unguale traumaticum, Beer 566.
— s. auch Onychophytosis.
Naevi, Dreyer 840.
— Erblichkeit der, Leven 784.
— sebacei, zur Frage der, Selissky 520.
— spili der Haut und Mundschleimhaut, Zinsser 842.
Naevokarzinom, zytologische Befunde bei, Lipschütz 854.
Naevus anaemicus, Muskatblüth 220.
— — Wiedemann 288.
*— angiokeratosus (Angiokeratoma naeviforme), weiterer Beitrag, Fabry 339.
— atrophicans unilateralis comedonicus, Arzt 286.
*— — — — Matras 433.
— — — — Stein 455.
— der Mundschleimhaut, pigmentierter, Elheberi 816.
— leiomyomatosus, Kreibich 556.
— linearis unilateralis systematicus, Matras 459.
— pigmentosus, Hees 221.
— — durch Typhus ausgelöst, Gougerot, Meyer u. Uhry 695.
*— — pilosus bei Mutter und Kind an derselben Stelle, Meirowsky 54.
— Riesennaevus, Fischer 693.
— sebaceus, Arzt 286.
— — Ostrowski 491.
— — en plaque auf der Brust, Naegeli 724.
— — Pringle des Gesichts, Hofmann 556.
— Sutton, Falkenstein 840.
— und Lichen planus, Müller 219.
— varicosus Klippel oder Hämangiektasie Parkes-Weber, Gougerot u. Filliol 849.
— vascularis der ganzen rechten Gesichtshälfte mit Hypertrophie der Gewebe, Naegeli 724.
— vaskulärer, Michael 222.
— verrucosus des behaarten Kopfes mit rapidem Wachstum, Nicolas, Lacassagne u. Froment 720.
— — Röntgenbehandlung, Perkins 292.
— verruköser, hypertrophischer, Ramel 724.
Naevuskarzinom, Fischer 147.
Naevus s. auch Tierfellnaevus.
Nagel, Wachstum, Pinkus 875.

Digitized by Google

*Nagelveränderungen, mechanisch bedingte, Herxheimer u. Uhlmann 333.
Narben der Haut, Vaskularisation, Gurewitsch 102.
— hypogastrischer Schnitte, Knochenbildungen in, Chauvin u. Rouslacroix 421.
— nach Gesichtsfurunkeln, kosmetisch störende, Fuhs 286.
Narbenbildung nach schwerem ulzerösen Prozeß der Haut, Kerl 287.
Nasenverstümmelungen, Prothesen für, Meyer u. Littré 695.
Nebenhoden und Hoden, Entstehung der akuten und chronischen Entzündungen, Frey 727.
Nebenhodenentzündung s. auch Epididymitis.
Nebenhodentuberkulose, Behandlung mit Operation und Röntgenbestrahlung, Brandes 729.
Nekrophorusinfektion der Haut beim Menschen, Wohlstein 190.
Nephrektomie, Steinbildung in der Restniere, Fischer 194.
— Verletzung der Vena cava bei, Makaschew 624.
— wegen Nierentuberkulose, Hegedüs 197.
Nephrolithiasis, Russel 294.
— bilateralis, Ravasini 193.
Neurinom s. auch Fibroma molluscum, Molluscum fibrosum, Recklinghausensche Krankheit.
Neurodermie und ihre Behandlung, Sabouraud 812.
Neurodermitis, Reiss 659.
— alba, Dufke 387.
— facici, Bruhns 591.
— follicularis mit sekundärer Lymphdrüsenschwellung, Samek 387.
— neben Lichen verrucosus, Bruhns 692.
— rubra (Pokorny), Samek 387.
— tuberosa universalis, Kasztor 559.
— zirkumskripte, historische, klinische und pathologisch-anatomische Studien, Maschkilleisson u. Joukelis 664.
— s. auch Lichen Vidal.
Neurofibromatosis, Buschke 146.
— Vámos 28.
— Zinsser 841.
— s. Fibroma molluscum, Molluscum fibrosum, Neurinom, Recklinghausensche Krankheit.
Neurolipomatosis dolorosa, Hoppe 852.
Neurogliomatose bei zwei Schwestern, Spillmann, Créhange u. Polu 34.
Neurome der Haut, Mosto 390.
Nickel-Dermatitis, Gron 292.
Niere, einseitig übrig bleibende, Phenolsulfophthaleinprobe bei experimenteller Tuberkulose der, Blanc 420.
— polyzystische, pyelographisches Bild bei retroperitonealem lymphoplastischem Sarkom, Secrétan 420.
— — Stein und perinephritischer Abszeß, André u. Francfort 422.
— Sekretionseinheit bei Farbstoffausscheidung, Hamada u. Ischida 121.
— und Ureter, Röntgenuntersuchung während der Operation, Abeshouse u. Goldstein 292.
— s. auch Hufeisenniere, Schrumpfniere.
Nierenbeckentumoren, Pneumopyelographie, Bedrna u. Simon 420.
Nierenchirurgie, Beitrag zur Geschichte, Grauham u. v. Rehren 194.
Nierendrehung, vollständige, Baeten 422.
Nierenentzündung, umschrieben eitrige, unter dem Bilde des Tumors, Könige 193.
Nierenerkrankungen, Fehler in der Diagnostik chirurgischer, Fedoroff 192.
Nierengeschwülste, beiderseitige, Nicolich 193.
Niereninsuffizienz durch Phimose, Urofino 100.
Nierenoperationen, Magen-Darmstörungen nach, v. Adler-Rácz 196.
Nierenparenchym, operative Reduktion, Barreau 195.
— und Nierenbecken, röntgenologische Darstellung auf intravenösem Wege, Hryntschak 197.
Nierenruptur, nicht traumatische, Ilyn 624.
Nierenschmerzen, wirkliche — im Gegensatz zu Nierenkoliken, Blaustein 622.
Nierenstein-Harnleitersteinoperationen und Erholungsfähigkeit des Nierengewebes, Kneise 193.
Nierensteine, doppelseitige, Diagnose und operativer Eingriff bei, Lesnew u. Levaut 805.
Nierentuberkulose, Autonephrektomie, Schmidt 196.
— ein Zeichen der, Lurz 195.
— normale Funktion tuberkulöser Niere bei einigen Fällen von, Gerard 194.
Nieren- und Ureterstein, Hypophysentherapie, Schöndube 197.
Nikotinulkus, Naegeli 724.
Nodosités juxta-articulaires s. Syphilis.
Noma, Behandlung mit Insulin, Meier 502.

*Ochrosilpräparate, Behandlung der Psoriasis, Schindler 861.
Ödem, persistierendes, der Wangen und Stirn, Bruhns 592.

Digitized by Google

Ölhaut bei einem Dreher, Pautrier u. Diss 30.
Ölmelanose, Laubál 28.
Ohr, schmerzhafter Knoten am, Belgodère 391.
Onychomycosis, Dore 846.
Onychophytosis mit günstigem Ausgange, Aronstam 660.
Orchitis s. auch Hoden.
Organismen, epidermale Infektionen mit hefeartigen, Dowling 856.
Organtherapie der Hautkrankheiten, Karo 189.
Ovarium s. auch Eierstock.
Oxalatstein der Urethra Gonorrhoe vortäuschend, Winternitz 556.
Ozäna und Sklerom, biologische Beziehungen, Wiraboff 159.

Päderastie, perianale Ulzerationen mit Fuso-Spirillen durch, Nicolas, Lebeuf u. Rousset 31.
Pagetsche Krankheit, Werther 319.
— — am Penis, Yoshida 562.
— — mit tiefem Mammakarzinom, Barbier 696.
— — Röntgenbehandlung, Muende 687.
Papillomatöse Neubildungen im äußeren Gehörgang, Dormanns 851.
Papillomatosis confluens reticularis, Gougerot u. Carteaud 149.
Papillome, anale, Therapie, Volkmann 756.
Panaritium unguale, Behandlung, Daniljak 160.
Papilläre Effloreszenzen an der Glans, Nadel 491.
Papel s. auch Kondylom.
Papillom, venerisches s. Condyloma acuminatum.
Paraffin, Hauterkrankungen durch, Chajes 414.
Paraphimose der Klitoris, Mac Arthur Brown 754.
Parapsoriasis nigricans, Blum u. Bralez 849.
— s. auch Pityriasis lichenoides.
Paraskarlatina, Stern 571.
Pastinacea sativa, Dermatitis durch, Heye 467.
Pechhaut, zur Frage, Pack 561.
Pediculoides ventricosus, Dermatitis durch — bei Schiffsausladern in Triest, Savinetti 494.
Pediculosis pubis, Behandlung mit Nissex, Steiner 569.
Pelade s. Alopecia areata.
Pellagra bei Mais essenden Eingeborenen Südafrikas, Cluver 525.
— Beitrag zur Ätiologie, Wilson 816.
Pellagra, Beitrag zum Studium, Prados y Such 525.
— Fall von, Rachmilewitz 525.
— neuer Fall, Nicolas, Lacassagne u. Froment 719.
— zur Charakteristik der — in Südserbien, Zarubin 393.
Pemphigus, Zinsser 841.
— conjunctivae und Dermatitis herpetiformis, Louste u. Pinoche 695.
— endokrine und nervöse Störungen bei, Bertaccini 464.
— foliaceus, Tadscher 870.
— — Werther 318.
— vegetans, Muckai 562.
— — Zurhelle 840.
— — Fall von, Dore 250.
— — — Lacassagne, Saman u. Froment 720.
— vulgaris, Brann 347.
— — Herczeg 24.
— — benignus, Matras 459.
— — im Kindesalter, Bagdatowa-Jonkowe 814.
— zuerst an Mund und Pharynx aufgetretener, Spillmann, Créhange u. Polu 34.
— zweifelhafter, Tadscher 870.
Penisamputation, ist nach — Kindererzeugung möglich? Mühlpfordt 704.
Penis, Karzinom, Brezovsky 23.
— — nach Verbrennung, Buschke 146.
Peniskarzinom, Häufigkeit in Ostasien, Dormanns 704.
Penisklemme, unauffällige, Badrian 661.
*Penisverletzung, seltene, v. Berde 377.
Percain Ciba als Anästhetikum bei Pyrogallolbehandlung des Lupus vulgaris, Schärer 600.
Perlèche, Finnerud 227.
Perinephritische Abszesse, Blumenthal 661.
Perniosis, Kalkeinlagerungen nach, Hopf 354.
Phimose, Niereninsuffizienz durch, Urofino 100.
— tödliche Urämie infolge unbehandelter, Frédet 421.
Philippson, Louis, Török 344.
Phlebektasien auf angeborener Grundlage, Buchbinder 348.
— der Achselhöhle mit Kavernombildung, Buchbinder 348.
Phlyktänen der Haut, Leukozyten in, Ciarrocchi 495.
Phosphor, Hautentzündung durch, Nicolas, Gaté u. Rousset 391.
Physiologie der Haut, v. Frey u. Rein 422.
Piedra, Pilze der brasilianischen, Fonseca u. de Area Leao 197.

Digitized by Google

Pigmentation auf der weißen Haut, karminrotes Erythem, lichenoide Veränderungen, Gougerot u. Thiroloix 849.
— der Haut, neue Bemerkungen über, Eliascheff 848.
Pigmentierte Neubildungen der Haut, zur Diagnose, Kreibich 525.
Pigmentierung durch parfümierten Alkohol, Gougerot u. Burnier 695.
Pigmentstudien, Peck 723.
Pigment und Lichtschutz, Keller 875.
Pikrinsäure, toxische Reaktionen nach, Dennie, McBride u. Davis 626.
Pili s. Haare.
Pilzaffektion, pemphigoide, an der Planta, Dufke 658.
— perianale, Haber 659.
Pilzbehandlung der Kopfhaut; Thymol und Zinnamonöl bei, Lyle Kingery 805.
*Pilzerkrankungen der Augenlider und Wimpern, Arijewitsch 683.
— — Haut, Infektionsquellen, Bruhns, Alexander u. Kadisch 566.
Pilzinfektion des Meerschweinchens, rein subkutane, Kadisch 595.
Pilzmaterial, Verbleib intrakardial injizierten — beim Meerschweinchen, Kadisch 595.
Pilze, allgemeines über, Sabouraud 848.
— der Haut, zur Biologie, Mallinckrodt-Haupt 875.
— Züchtungsmethode pathogener Pilze, Hombria 36.
Pilzerkrankungen s. auch Dermatophyten, Mykosen.
Pityriasis amiantacea s. Teigne amiantacée.
— lichenoides, Dufke 557.
— — s. auch Parapsoriasis.
— — akut einsetzende, Gottron 689.
— — Buckys Grenzstrahlen bei, Konrad 458.
— rosea, Pick 656.
— — Schoenhof 657.
— — Schizosaccharomyces in, Urbach 456.
— rubra pilaris, Rothman 24.
— — — P. Unna 351.
— — — geheilt durch antisyphilitische Arsenbehandlung, Spillmann 34.
— versicolor, sonnenbestrahlte, Pseudoleukoderm, Winternitz 556.
Pleuritis, wahrscheinlich syphilitischer Natur, Gaté, Gardère, Bosonnet u. Michel 31.
Pocken in Le Havre, Impf-Feldzug gegen, Loir 202.
— s. auch Variola.
Poikilodermia vascularis atrophicans Jacobi, Alexander 147.
— — atrophicans?, v. Grundherr 34.
Poikilodermie, Ledermann 621.
— (Civatte), zwei Fälle, Brain 323.
— Histologische Untersuchung, Adrian u. Diss 30.
— multiple mykotische Tumoren auf einer, Gaté u. Michel 721.
— Petges-Jacobi, Gougerot u. Burnier 849.
Poikilodermieartige Veränderungen mit Hornschwielenbildung bei zwei Geschwistern, Schreus 839.
Polycytaemia rubra, Rawitsch 503.
Porokeratosis vera non perstans, Schmidt 188.
Präkarzinom, Deelman 528.
Prämykotisches Erythem mit schwarzbrauner Pigmentierung, Werther 31.
Pringlesche Krankheit und Morbus Recklinghausen, Beziehungen, Urbach u. Wiedmann 595.
Prostata, Beseitigung der durch die — bewirkten Harnstauungen durch den Elektrokauter, Mathé 293.
— Blutungen der, und Blutungen bei Prostatikern, Vintici u. Laroche 422.
— Harnverhaltung durch die, Cutler 294.
— — — gutartige Vergrößerungen, Farbach 293.
— in den Schriften von Rufus von Ephesus, Funktion der, Meineri 460.
— Kongestionen der, Barnes 294.
— Radiographie der Miktion bei Veränderungen der, Martin-Luque 749.
— Resektion, neues Instrument zur, Davis 663.
— und Samenblasen mit sekundärer Knochenvereiterung, Koliinfektion, Fuller 323.
— s. auch Gonorrhoe.
Prostataheizer, elektrischer, Carroll 293.
Prostatahypertrophie, Kausch 731.
— Behandlung der, Oelsner 194.
— Pathogenese und Beziehungen zu Harnstrikturen, Stromінger 731.
*Prostatamassage, Mißbrauch der, Treuherz 416.
*— Mißbrauch der, Schlußwort, Stutzin 418.
Prostatasarkome, zur Kasuistik, Tjomkin 196.
Prostatasteine, Walker 660.
Prostatektomie bei Diabetikern, Gammidge 322.
— suprapubische, Götzel 193.
— — Pares 749.
— — mit primärem Blasenverschluß, Harris 322.

Digitized by Google

Prostatektomie, suprapubische periprostatische Infiltrationsanästhesie, Ballenger, Elder u. Mc Donald 664.
Prostatiker, Blasenentleerung bei, Stutzin 732.
Prostatikerbesteck nach Keller, Karo 625.
Prostatitis, chronische und chronische Samenblasenentzündung, Mitchell 322.
Prostatogramme, Langer 592.
Prostitution, geheime, Verbreitung, Gravagna 460.
- Maßregeln im Lichte des 5jährigen Planes, Motylew 523.
- medizinisch-soziales Krankenblatt des Ambulatoriums in Nancy, Benech 395.
Proteine, parenterale Einführung, Golomb 522.
Proteintherapie, neue Indikationen, Balassa 563.
Prurigo, Kreibich 556.
aestivalis, Kloeppel 318.
der oberen Körperhälfte, Dufke 387.
lymphadénique, Valentová 519.
nodularis, Zinsser 841.
Pruritus ani et vulvae, Humphris u. Knuthsen 876.
ani und Fissura ani, Behandlung, Gabriel 497.
hiemalis, Sellei 596.
und Prurigo lymphadénique, Civatte 666.
— — — Favre 666.
vulvae, Zusammenhang mit Störungen der endokrinen Drüsen, Strokin 496.
s. auch Jucken.
Pseudoerysipel s. auch Erysipeloid.
Pseudo-Hermaphroditismus, Fall von, Riddell 401.
Pseudopelade, Brinitzer 351.
Gottron 145.
Lacassagne 718.
Brocq, Troitzkaja 642.
Pseudosyphilis der Genitalien (Lipschütz), Alexander 56.
Pseudosyphiloma anorectale mykotischer Ätiologie (Kladiosis), Fleck 379.
Pseudoxanthoma elasticum, Freund 690.
Psoriasis an Händen, Füßen, Kopf und Axillen, Samek 387.
Behandlung mit Manganverbindungen, v. Kerckhoff 876.
— — Ochrosilpräparaten, Schindler 361.
— — Verdauungsprodukten aus Hautschuppen, Mihajlović 499.
Blutzuckerbestimmung bei, Bibertein u. Linke 188.
der Beine, Naegeli 724.
Erythrodermie nach, Bandler 656.
Psoriasis, Leukoderma bei, Ledermann 692.
— — Runtová 519.
— Magensekretion bei, Ayres 806.
*— neuere Erkenntnisse über das Wesen der, Samberger 261.
— pustulosa, Kreibich 387.
— — Loehe 692.
— und adiposogenitaler Symptomenkomplex, Watrin 34.
— — endokrines System. Untersuchungen mittels der interferometrischen Methode nach Abderhalden-Hirsch, Curth 783.
— — tubero-serpiginöses Syphilid, Roszmanitz 24.
— Untersuchungen der, van Kerckhoff 838.
— vulgaris, Erythrodermie nach, Strempel 839.
— warzige, Gottron 690.
— zur Therapie, Stefanoff 499.
Psoriasiskranke, Richtlinien für Überweisung in radiumhaltige Bäder, Fabry 499.
Psorospermosis follicularis, Klausner 556.
Psychogene Dermatosen, Kasuistik und Problematik, Sack 811.
Purpura anularis telangiectodes, Cavallucci 876.
— — — Marchisio 466.
— — und Dermatitis herpetiformis, Laubál 24.
— bei lymphatischer Leukämie, Gottron 775.
— fulminans, pathologische Wirkungen des Streptokokkentoxins und -hämolysins bei Kaninchen mit Bezug auf Ätiologie der, Pulyertaft 427.
— haemorrhagica nach Triphalinjektion, Linser 804.
— — ohne Thrombopenie, familiäre, Rothmann u. Nixon 127.
— Werlhofii und Thrombopenie, Gottron 620.
Pustula maligna, Behandlung der karbunkelartigen, Jodis 814.
— — — mit Novarsolan, Rjabow 120.
Pyelitis, Pathologie der sogenannten akuten, Wilson u. Schloss 732.
— und Pyelonephritis, Rubritius 732.
Pyelographie, intravenöse, v. Lichtenberg 532.
— stereoskopische, Heyn 292.
— Vorsicht bei, Lee 322.
Pyelonephritis ascendens abscedens, Karo 195.
— chronische, Streptococcus chromogenes, Ursache der, Olivieri 421.
Pyeloskopie, Vorteile der, Manges 292.

Digitized by Google

Pyodermie des Mundes, karzinomähnliche vegetierende, Gougerot 812.
Pyogene Dermatitiden und Blutzucker, Hermans 876.
Pyridium bei Antisepsis der Urogenitalwege, Walter 197.
Pyrogallolbehandlung des Lupus vulgaris, Percain Ciba als Anästhetikum bei, Schärer 600.

Quarzlampe, bakterizide Wirkung, Lipkin 469.
Quarzlicht, Anwendung in der Medizin, Thedering 600.
Quecksilberdermatitis, Amalgamplomben als Ursache von, Blumenthal u. Jaffé 432.
Quecksilber, Verfärbung der Haut nach, Hollaender u. Baer 222.
Quecksilbervergiftung, geheilte, Kaiser 430.
— gewerbliche, Störungen der Sensibilität, Holstein 467.
— Thermometerverletzung mit, Drügg 430.
— zur Therapie der, Hesse 430.
Quecksilber s. auch Syphilis 14.

Rachenorgane, Erzielung lokaler Immunität mit Immunoral, Littauer u. Bonnin 158.
Radiohörerdermatitis, Steiger-Kazal 748.
Radiosensibilität normaler und bösartiger Gewebe in vitro, Laser u. Halberstaedter 531.
Radium, 15 Jahre Anwendung bei Neubildungen, Quigley 662.
— selektive Wirkung, Bancroft 292.
Radium-Röntgentherapie der bösartigen Tumoren, Cappeli 460.
Radiumstrahlen, soll man die Augengegend — aussetzen und unter welchen Bedingungen? Fabry 470.
Radium- und Röntgentherapie in der Urologie, Schüller 403.
*Ratanhiadermatitis, Fall von, Lewith u. Langecker 477.
Ratanhiaextrakt, Verwendung in der Dermatologie, Mibelli 494.
Rattensarkom, Lipschütz 529.
Reaktion pH bei Hauterscheinungen, Comel 467.
Recklinghausensche Krankheit, Chorazak 491.
— — Gray 324.
— — Liebermann 523.
— — Russakowa 561.
— — endokrine Störungen bei, Freund 187.
— — mit diffuser Pigmentierung, Frei 778.
Recklinghausensche Krankheit und M... Pringle, Urbach u. Wiedmann ...
— — s. auch Fibroma molluscum. N... rinom.
Rekurrens s. auch Rückfallfieber.
Rekurrensspirochäten an der Augen- u. Mundschleimhaut, lokale Immuni... Koyasu 122.
Respiratorischer Quotient Hautkrank... Fehlerquellen bei Bestimmung. Cia... bellotti 493.
Retikulo-endotheliales System und pra... tische Medizin, Kolischer 292.
Retikulo-endotheliale Veränderungen. Menacelli 876.
Rhabdomyoma cutis, fast universe... Müller 839.
Rhinophyma mit gummösen Narben. Schönhof 657.
Rhinosklerom, Pietsch 746.
— internationales Komitee zum Stud... des 576.
— Komplementablenkungsreaktion. M... kulaszek 532.
— s. auch Sklerom.
Rhinosklerombazillus, reduzierende Su... stanzen in schleimigen und n... schleimigen Stämmen des. Meisel ... Mikulaszek 564.
Rhycoglyphus hyacinthi, Dermatitis d... Pawlowsky u. Stein 597.
Riehlsche Melanose, C. F. Hahn 354
— — s. auch Melanose.
Rittershainsche Erkrankung, Buschke u...
Ritter v. Rittershainsche Krankheit ... auch Dermatitis exfoliativa.
Röntgenatrophie der Kopfhaut. H... 354.
Röntgenbehandlung der durch Mik... bedingten Dermatosen, Higgins ...
— oberflächlicher Entzündungen. ... 814.
— von Wunden, Freund 469.
Röntgenbestrahlung bei akuten und ... nischen unspezifischen Entzünd... Indikation und Technik. Palu... 104.
— der Drüsen im Kindesalter. Le... 255.
— entzündungsprophylaktische. Fr... 103.
— Schlafsucht als Folge. Druck... 104.
Röntgenbetrieb. Schutzmaßnahmen ... Schönfeld 470.
*Röntgendosierung. Fragen der ... 177.
*— — — Stern 182.
Röntgenfolge. Kren 455.
Röntgengeschwür, Mierzecki 492

Digitized by Google

Röntgengesellschaft, Deutsche, XXI. Tagung 532.
Röntgenkastration, doppelseitige, Gragert 730.
- einseitige, Hubert 730.
Röntgensarkom, Bemerkungen zur Arbeit von H. J. Alius, Holzknecht 470.
Röntgenschäden und Schäden durch radioaktive Substanzen, Flaskamp 152.
Röntgenschädigung außerhalb des Bestrahlungsfeldes, Schönhof 556.
Röntgenschädigungen, Verkennung von, Krause 788.
Röntgenstrahlen, Einfluß auf Ovarialfunktion und Hypophysenvorderlappen der weißen Maus, Mahnert 402.
- spinale Anwendung bei Leprösen und Tabikern, Truffi 150.
- und Hautkrankheiten, Thedering 600.
- Wirkung auf die Zelle als physikalisches Problem, Glockner 102.
Röntgenstrahlenschutz, Taylor 470.
Röntgenulkus, ausgebreitetes, Balassa 27.
Röntgen- und Radiumstrahlen, Schädigungen durch, Spindler 471.
Röntgenverbrennung, Buschke 621.
Rose s. Erysipel.
Roseola, akute infektiöse, Milian 693.
Röteln und Drüsenfieber, Glanzmann 199.
s. auch Rubeola.
Rötlicht, Wärmeverhältnisse mit — bestrahlter Haut, Lomholt 419.
Rubeola s. auch Röteln.
Rückfallfieber, hereditäre Immunität, Nohira 122.
— — und Rieckenbergsche Reaktion, Nohira u. Yanagawa 124.
ist die Wanze ein Übertrager, Nohira 123.
Rieckenbergsche Reaktion beim experimentellen, Yanagawa 123, 125.
s. auch Rekurrens.
Rundhefe, bläschenförmige Dermatitis durch, Kerl 456.
Runzeln s. Hautrunzeln.
Rußhauterkrankungen durch, Chajes 413.

Salfeld, Edmund, Heller 590.
Salizylbehandlung mit Capsifor, perkutane, Unger 787.
Salizylsäuretherapie, Wirkung auf die Empfindlichkeit der Haut gegenüber verschiedenen Hautreizen, Sandels 497.
Samenblasenentzündung, chronische, Mitchell 322.
Samenblasen, Kongestionen der, Barnes 294.
s. auch Gonorrhoe.
Samenblase, Veränderungen durch Lebensjahre, Habuto 624.
Samen, Blut im, David 730.
Samenhügel bei Störungen der Harnentleerung und sexuellen Funktion, Begg 321.
Samenstrang, Fall von Angiomyom, Kerschner 730.
Sarcoid Boeck? Herczeg 28.
Sarco-lupus pernio mutilans, zum Tode führender, Chatellier 847.
Sarcoma fuso-cellulare, Katoma 855.
— idiopathicum haemorrhagicum multiplex, Pomus 520.
— — — — Schönhof 557.
— — Kaposi, Davies 846.
Sarcomatosis cutis, Hees 219.
Sarkoid Boeck, Liebner 746.
— — Vámos 747.
— — von flächenhafter und miliarer Form, Gottron 776.
— Boecksches, Althausen 522.
— — E. Fischer 558.
— — Fischer 592.
— — Tietzen 351.
— — Zinsser 842.
— — der Hände und Unterarme, Hofmann 386.
— Darier-Roussy, Gottron 690.
— — durch Krysolgan geheilt, Ramel 724.
— — geheilt mit Tuberkulin Beranek, Naegeli 724.
— — Meerschweinchen tuberkulisierend, Ramel 724.
— Fall von, Steinmetz 723.
— paronychieähnliches, bei einem Kinde, Gottron 620.
Sarkom der Haut, kongenitales, Sieber 854.
— — — primäres, Mac Cormac 250.
— Rundzellensarkom, zytologische Untersuchungen, Lipschütz 854.
Sauerstoffbäder, Wirkung feinblasiger — auf die Haut, Schulte 432.
Säure-Basengleichgewicht in der Haut der verschiedenen Regionen, Meineri 460.
*Saxophondermatitis, Fellner 480.
Scabies s. auch Krätze.
*— abortive, Kulisch 315.
— und Genitalpapeln, Weinberger 388.
*— — Ulcus molle, epidemiologischer Gegensatz, Choroschin 489.
Scarlatina s. auch Scharlach.
Schambergsche Krankheit, Prokoptschuk 392, 561.
— — Zinsser 841.
— — mit Beziehung auf Blutcholesterol und epidermale Siderosis, Loewenthal 807.
— — oder Urticaria pigmentosa, Naegeli 724.

Digitized by Google

Schambergsche Krankheit, zum Studium der Masia 460.
Schanker, weicher s. Ulcus molle.
Scharlach s. auch Scarlatina.
— aktive Immunisierung gegen, Jacobsohn, Jundell u. Lönberg 201.
— Dick-Toxin, Grunke 201.
— Entwicklung der Blutplättchen bei, Gavrila, Secarea u. Magureanu 501.
— 1. gramnegative Mikrokokken des Rachens. 2. Antikörper gegen Syzygiokokken im Blut, Herzberg 200.
— Heilserumbehandlung und Schutzimpfung, Schottmüller 570.
— Immunität der Neugeborenen, ist plazentarer oder laktatorischer Herkunft? Paunz u. Csoma 857.
— intranasale Immunisierung gegen, Peters u. Allison 200.
— Paraskarlatina, Stern 571.
Scharlachrekonvaleszenten, Entlassung von bakteriologischen oder klinischen Gesichtspunkten abhängig? Klingberg 570.
Scharlach-Streptokokken, Agglutinierung, Sacquépée, Liégeois u. Fricker 201.
Scharlach-Streptokokkus, Immunisierung durch ein Anatoxin, Debré u. Ramon 201.
Scharlachuntersuchungen, bakteriologisch-epidemiologische, Happe u. Thiele 570.
Scheide bei Säuglingen, Biologie der, Soeken 752.
— der Neugeborenen, Bakteriologie der, Smorodinzew u. Tschumakowa 753.
— Selbstreinigung, Nakanoin u. Miura 753.
Scheidenbestrahler nach Engelhorn, Wicke 755.
Scheidenfluor, Trockenbehandlung, Alexander 755.
Scheidenkatarrh und Erosionen der Portio vaginalis, Behandlung mit Ormizetten, Abel 755.
Schizosaccharomyces hominis, Blutkulturen, Benedek 593.
— — — Diskussion, Benedek 621.
*Schizosaccharomykid mit pityriasiformen und pompholyziformen Effloreszenzen, Benedek 633.
*— pompholyziformes, zur Kenntnis und Therapie, Benedek u. Greif 166.
Schizosaccharomykose, Benedek 875.
— immunbiologische Vorgänge bei, Engelhardt u. Geissler 594.
— s. auch Spalthefemykose.
Schrumpfniere s. auch Niere.
Schwangerschaft und Geschlechtsverhältnis Ballin 758.
Schwefel, anorganischer im Blut u. Schweiß bei Hautkranken, Danilewskaja 561.
— Aufnahme und Ausscheidung durch die Haut, Stigler 431.
— in homöopathischen Dosen bei Furunkulose und anderen Dermatosen, Sinkind 561.
— kolloidaler, neue Anwendungsform, Wunsch 787.
— Metabolismus, Bussalsi 876.
Schwefelbäder, Absorption von Schwefelverbindungen, Osterberg, Rubenstein u. Goeckermann 223.
Schwefelsäureverfahren, Züchtungsergebnisse und Abtötungsversuche mit dem Hohnschen, Walther 859.
Schweinerotlauf, Metastase im Auge, Peters 131.
Schweiß, bakterizide Eigenschaften, Ueber 626.
Schweißdrüsen, ekkrine Fuchsinkörnchen in, Arata 425.
Schweißsekretion, Pathologie der, Erlheim 159.
Scleroderma, Wigley 846.
— en coup de sabre, Haller 25.
*— circumscriptum praeputii, v. Berde 370.
Sclerodermia circumscripta, Kogutowa 492.
Sclerodermie en bande, Blatt 491.
— — — Schoenhof 657.
— — bandes auf der Stirn, Briel 219.
— — plaque der Kinngegend, Hofmann 386.
— — — — — — Samek 558.
— — plaques, Geserowa 248.
— — — bzw. en bandes mit Bevorzugung von Druckstellen, Mulzer 5.
— s. auch Sklerodermie.
— und Atrophie der Haut, Zusammengehörigkeit, Ostrowski u. Gelschlag 492.
Scleroedema adultorum, Freund 60.
— — Lehner 22.
— — und Acanthosis nigricans, Lehar 27.
Scrofuloderma, Samek 558.
Seborrhoe, bakterielle Ursache, Duff 226.
Seborrhoid, Kreibich 387.
Seewasser, intravenöse Anwendung, Meritt 661.
*Seifenfett, über, Geppert u. Schulz 67.
Selbstbeigebrachte Hautveränderungen physikalische Diagnose, Stokes u. Carner 497.

Digitized by Google

ensibilisierungsversuche bei Tieren, Mayer 875.
exualforschung, internationaler Kongreß für 44.
exualhormonpräparate, klinische Bedeutung, Heynemann 401.
exualität und Arzt, Brill 661.
- vom psychiatrischen Standpunkte, Rosanoff 290.
exualleben der Landjugend, Meyer 758.
exualpathologie als Problem einer medizinischen Anthropologie, Schwarz 757.
exualproblem, Lösung eines schwierigen, Boeters 758.
exualreform, Kongreß der Weltliga für 788.
xuelle Aufklärungen, Ausschreitung, Schwalbe 42.
- Exzesse und Geisteskrankheit, Gordon 291.
Frigidität, Owensby 291.
largel und Adsorgan, Adsorptionstherapie, Bachem 102.
mmondsche Krankheit mit universeller Neurodermitis, Karrenberg 348.
kabies, abortive, Kulisch 315.
und Geschlechtskrankheiten in Wien, Epidemiologie der, Oppenheim u. Feßler 42.
lerodaktylie mit generalisierter Sklerodermie, Naegeli 724.
lerodermie, Alopecia areata, Beziehung zu Vitiligo, Brown 248.
beim Neugeborenen, falsche, Naegeli 724.
Beziehung zu Vitiligo und Alopecia areata, Roxburgh 249.
chirurgische Behandlung, Leriche u. Fontaine 29.
diffuse, pathologische Anatomie und Pathogenese, Strukow 154.
— und Sklerodaktylie, Riehl jun. 288.
herdförmige. Übertragung in Morphea guttata, Freund 777.
kapillarmikroskopische Beobachtungen bei, Mészaros 853.
kleinfleckige, Volk 455.
lokalisierte, Cohn 693.
mit Acrodermatitis chronica symmetrica und Anetodermie, Golomb u. Faingold 562.
— infiltrativem Stadium der Acrodermatitis chronica atrophicans, Fischl 455.
— multiplen Plaques, Ramel 724.
— ödematösem Charakter am Oberkörper und sklerosiert an den Unterschenkeln, Werther 318.
— Prurigo, Werther 319.
multiple, disseminierte, Remenowsky 286.
Sklerodermie nach Trauma, Wiederherstellung, Aronstam 662.
— Pathogenese, Vohwinkel 186.
— streifenförmige, des Unterschenkels geheilt nach Röntgenbestrahlung der Wirbelsäule, Schönhof 657.
— und Alopezie, Weinberger 559.
— — Hautatrophie, Lévy 667.
— — innere Sekretion, Galewsky 875.
— — Sklerodaktylie, Edeiken 528.
— s. auch Sclerodermie.
Sklerom, allergische Reaktionen, Neuber 876.
— merkwürdiger Fall von, Mazzanti 459.
— Strahlenbehandlung, Martenstein u. Jung 159.
— und Ozäna, biologische Beziehungen, Wiraboff 159.
— s. auch Rhinosklerom.
Skrofuloderma, Buschke 777.
— unter dem Kinn, atypisch angeordnetes, Nikoloff 870.
Skrofuloderm oder Lues gummosa? Ruete 602.
Skrotalemphysem, nach Nieren-, Prostata-, Hernienoperationen, Küttner 192.
Sodoku als Modellinfektion für Syphilisstudien, Stühmer 187.
Sommerprurigo und Vitiligo, Weinberger 388.
Sonnenbestrahlung, Messerli 419.
Soor der Haut bei Neugeborenen, Klausner 556.
Soormykose der Haut, Takahashi 100.
Soorpilz, Wachstum auf verschiedenen Nährböden, besonders solchen aus Körperorganen, Milochevitch 567.
Sozialhygienischer Tag in Dresden 732.
Spalthefemykose s. Schizosaccharomykose.
Spargeldermatitis, epidermale und epimuköse, Urbach 287.
Sperma, Gruppeneigenschaften des, Krainskaja-Ignatowa 784.
— Methode und klinische Bedeutung, Mkrtischjanz u. Tschugujewa 120.
— tuberkulöser Lungenkranker, Bertin, Nayrae u. Breton 859.
Spermatozoen, Zahl der — in Beziehung zur Fruchtbarkeit, Moensch u. Holt 662.
Spindelhaare s. auch Monilethrix.
*Spirochaeta pallida, Entwicklungsformen, v. Zumbusch 869.
— pertenuis, Veränderungen bei Kaninchen nach intravenöser Einspritzung, Hashiguchi 123.
Spitze Kondylome, maligne, Becezny 559.
Sporotrichose, experimentelle, Kesten u. Martenstein 227.

Digitized by Google

Sporotrichose, Heilwirbung des Jods, Bloch 723.
Staphylokokkenseptikämie in erysipelatöser Form, George 131.
Steinkohlenteer, bakterizide Wirkung des flüchtigen Bestandteils, Shibata 123.
— s. Teer.
Sterilität, männliche, Diagnose, Gasparjan u. Schischoff 522.
Stoffwechsel und Haut, Lutz 38.
Stoffwechseluntersuchungen bei Hautkrankheiten, Rost 875.
Stomatitis, Blutsturz infolge — im Kindesalter, Kunstein 531.
Strahlenbehandlung der Haut und Indikationen, Fuhs 787.
Strahlenheilkunde, Handbuch, Lazarus 698.
Strahlen, infrarote, in der Dermatologie, Blancani 392.
— s. auch Röntgenstrahlen.
Strahlenqualität, Erzeugung einheitlicher — in der Hauttherapie, Habs, H., Hase, H. u. H. Küster 469.
Streptokokkentoxin und -hämolysin, pathologische Wirkungen bei Kaninchen mit Bezug auf Ätiologie der Purpura fulminans, Pulyertaft 427.
— weiterer Beitrag zur Kenntnis, Szirmai 785.
Streptostaphylokokkenkrankheiten der Haut, Kitchevatz 876.
Striae cutis atrophicae, Benjamowitsch u. Maschkilleisson 523.
Strichförmige Dermatosen, Braude u. Rossiansky 522.
Strikturen des Meatus urethrae bei Mädchen, Boyd 754.
Striktur s. auch Harnröhre.
Strophulus, Behandlung, Vasseur 476.
Sulfocyankalium exfoliative, Dermatitis nach, Weis u. Ruedemann 467.
Sulfodermpuder, Behandlung mit, Volmer 431.
Superinfektion und Immuntherapie, Verrotti 876.
Suttonsche Dermatose, Habermann u. Kutsch 352.
Sycosis lupoides, Milmann 560.
— non parasitaria, Rosenthal 145.
— — — Klinik, Histologie und Therapie, Braude u. Sarchi 324.
— s. Bartflechte.
— simplex, Versuch mit Diät, Zinsser 841.
— vulgaris, Behandlung mit Smaragdgrün, Jacobson 560.
Syndaktylie Mirkin, Liebermann 522.
Syntalin, Exanthem durch, Artom 496.

Syphilis

1. Allgemeines

Ältere Leute, Syphilis bei, Mac Kee 21
Behandlungszwang bei latenter Syphilis möglich?, Feilchenfeld 759.
Buräten, Syphilis unter den, Lapyscher 260.
De Pestilentiali Scorra, Brant 223.
Dermatitis venenata, ungünstige Reaktionen nach Toxinbehandlung, Templeton 223.
Endemische Syphilis in Europa, insbesondere in Bulgarien, Beron 870.
Exotische Syphilis, sogenannte, Tommasi 563.
Familienuntersuchungen an Syphilis in Pensa, Glagolewa 521.
Frühgeschichte der Syphilis, Haustein 876.
Gesetzliche Beurteilung tertiärer Syphilis, Gumpert 759.
Jahrhunderte, Syphilis im Laufe der, Beron 259.
Immunität und symptomlose syphilitische Superinfektion beim Menschen, Prigge u. Rutkowski 630.
Immunitätsverhältnisse bei Syphilis, Thomsen 629.
Krankheit, eine sterbende, Venzmer 60
Land, Syphilis am, Material zum Studium der, Kaufmann u. Hohurin 523.
Latente Syphilis, Läsionen der, Wathin 629.
Morbus Gallicus bei John Owen, Riddell 5
Problem der Syphilis vom biologischen und klinischen Gesichtspunkte, Co 253.
Rattenbißerkrankung als Modellinfektion für Syphilisstudien, Stühmer 15
Riedersche Zellen im Blut von Syphilitikern, Estrada 601.
Romantik der Syphilis und ihr Schwinden, Molesworth 843.
Selbstgespräch über Syphilis, Macdon 845.
Sozialmedizinische Betrachtungen an H von 1330 Fällen von luetischem U Fuss 748.
Strafgefangene, Syphilis bei, Stanley 2
Syphilis d'emblée, Tièche 601.
Syphilisfrequenz im Krankenhaus Buschke u. Kaufmann 41.
*Syphilitische Infektionen, hat die Z in Ungarn abgenommen?, v. Berc
Syphilisrückgang, Jadassohn 732.
Tertiäre Syphilis eine „Geschlechtskrankheit" im Sinne des Gesetzes zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten, Hellwig 42, 43.

Digitized by Google

Tertiäre Syphilis, eine Geschlechtskrankheit im Sinne des Gesetzes zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten, v. Zumbusch 42.
Trauma und Lues, Pollak 627.
Ungelöste Syphilisprobleme, Kumer 845.
Verlauf, anormaler, der Syphilis, Covisa 875.
Verletzung, Syphilis nach, Beziehung zu Arbeitsunfälle, Barthélemy 848.

2. Ätiologie der Syphilis

Feststellung, tatsächliche, E. Hoffmann 582.
— — E. Meirowsky 582.
Kulturspirochäten, diagnostische Hautreaktionen, Joseph 302.
Spirochaeta pallida, biologische Varianten der — und experimentelle Erzeugung von Gehirnspirochäten, Georgi, Prausnitz u. Fischer 628.
— — Färbungsmethode im Gewebe, Olsen 252.
— — Kultur, Kast u. Kolmer 252.
— — Silbernitratimprägnierung, Galli-Valerio u. Rornand 844.
— — und latente Syphilis, Eberson 843.
Spirochaete pallida, Färbung im dicken Tropfen, Schpanir 524.
— — die Toxinerzeugung, Kolmer 224.
— — in syphilisinfizierten Mäusen, histologischer Nachweis, Jahnel u. Prigge 301.
Spirochäten, Bewegungsmechanismus der, Habermann 875.
Silber-Stärke-Gelatinemethode für Darstellung in Gewebsschnitten, Warthin 252.
Spirochätendarstellung, Silber-Stärke-Gelatinemethode zur, Warthin 808.
Spirochätenfärbung, pallidafärbende Farbstoffe, Yamamoto 562.
Zusammenhang zwischen Eigenschaften der Farbstoffe und der, Yamamoto 563.
Spirochätenlipoproteid und Salvarsan, Mühlpfordt 628.
Syphilisspirochäten, zur Biologie und Färbung der, Bergel 302.
Syphilisvirus, anatomisch-klinische Untersuchung, Marinesco 389.

3. Experimentelle Syphilis

Arthritis bei experimenteller Kaninchensyphilis, Grigorjew u. Jarischewa 190.
Blutveränderungen bei Kaninchensyphilis, Pearce 875.
Chemotherapie und Abwehrmittel bei Heilung der experimentellen Syphiliserscheinungen, Levaditi, Lépine u. Howard 301.
Experimentalstudien zur Syphilis, Harrison 289.
Experimentelle Arbeit über Syphilis und deren Geltung für den Menschen 808.
Gewebsimpfung bei experimenteller Syphilis, Levaditi u. Lépine 301.
Immunbiologische Ergebnisse der experimentellen Syphilisforschung, Prigge 630.
Immunität bei experimenteller Syphilis, Breinl 630.
Kaninchenleber bei experimenteller Syphilis, Zenin 395.
Kaninchensyphilis, zur experimentellen, Tani, Kakishita, Sanada u. Inoue 631.
— zur Pathologie, Eserskij 521.
Keratitis parenchymatosa, Histologie der durch Injektion von Spirochäten in den Retrobulbärraum entstandenen, Shibata 122.
Kongenitale Lues, tierexperimentelle Beiträge zum Problem, Mulzer u. Hahn 632.
Maus, experimentelle Lues der, Karrenberg 875.
— stumme Syphilisinfektion der, Lépine 303.
Meerschweinchen, Überempfindlichkeit gegen Salvarsan, Sulzberger 626.
Nasengegend syphilitisch infizierter Kaninchen, metastatische Veränderungen, Hashiguchi 124.
Papeln bei Kaninchen, syphilitische, Hashiguchi 122.
Quecksilber, Präventivwirkung von fettlöslichem — bei experimenteller Syphilis, Levaditi u. Lépine 302.
Rücken von Kaninchen, Inokulation mit Syphilis und Framboësie, Shibata u. Hashiguchi 124.
Schutzstoffe bei experimenteller Syphilis, Cohn 302.
— — Syphilis, Hauptmann u. Gallinek 303.
Superinfektion, experimentelle, Balbi 876.
Verimpfungsmethodik bei experimenteller Kaninchensyphilis, Worms 631.
WR und Kahnsche Reaktion bei Kaninchen, Bronstein u. Skljar 523.
Zentralnervensystem, Prophylaxe der Syphilis des — der Mäuse durch Stovarsolan, Kritschewski u. Friede 632.

4. Serologie der Syphilis, Liquor, Luetin

Aktive Methode, neue Modifikation, Blumenthal u. Jakowleff 671.

Digitized by Google

Ausflockung in der Spinalflüssigkeit bei Nervensyphilis, Lanteri 466.
Ballungsreaktion (MBR II), vereinfachte Methodik, Müller 668.
Benzokolreaktion, kolloidale, bei Nervenlues, Laroche 848.
Blut-Liquorschranke, Walter 153.
Dujarric-Gallerandsche Reaktion bei Syphilis, Kljuchin, Babkoff u. Schufer 523.
Fixationsreaktion und die Flockungsreaktion von Vernes, Even 845.
Guttadiaphot bei Syphilis, praktischer Wert, Schilling 327.
— für Diagnose der Lues verwertbar, Blumenthal u. Saito 330.
— — — — — — Schilling 329.
Guttadiaphotmethode, Schlußwort, Mohrmann 327.
*Guttadiaphotverfahren beim Abklingen klinischer Erscheinungen, Doctor 143.
Hintonsche Reaktion auf Syphilis, Osmond 669.
Jacobsthalsche Reaktion, Levy 327.
Kahn-Reaktion mit Spinalflüssigkeit, Davenport 254.
— — — Kahn u. Mc Dermott 254.
— — Standard- und sensibilisierten Antigenen, quantitative, Mc Dermott 806.
Kahnsche Reaktion, Sainz de Aja u. Calvin 751.
— — Bedeutung, Castens 670.
— — Praktisches Ergebnis, van Runckelen 748.
— — und Hechtsche Aktivmethode, Hecht u. Haber 670.
— — Untersuchung des Liquor cerebrospinalis, Trincao 670.
Kahn-WR, kombinierte, Mechanismus, Lim u. Kurotchkin 670.
Kisssche Reaktion, Mazgon 671.
Klärungsreaktion, meine, Meinicke 304.
Klines Objektträger-Präzipitationsmethode, Miller 254.
Kolmersche Komplementfixation und die Kahnsche Präzipitinmethode, Mary, Mc Intyre u. Gilman 329.
Komplement, Hitzeinaktivierung des, Kadisch 668.
Kutireaktion bei Syphilis, Stein 846.
*Laboratoriumskonferenz über Serodiagnose der Syphilis in Kopenhagen, Martenstein 111.
Laboratoriumsprüfungen bei Syphilis, Völkerbundkonferenz, Kahn 329.
Lumbalpunktion, ambulante, Theorie und Praxis, Eicke 779.
— Ätiologie und Prophylaxe der meningitischen Beschwerden nach, Perkel u. Tarsis 325.
Lumbalpunktion, Infektion der Meninx nach — durch Hautstückchen, Schoenmann 700.
— Pathogenese der Beschwerden nach Ehrenwald 329.
— Ursachen des Meningismus nach Palcsé 700.
Meinicke-Klärungsreaktion (MKR), Holz 303.
— Erfahrungen, Saito 669.
Meinicke-Mikroreaktion, de Rudolf 85
Meinicke, neueste Luesreaktion von Weleschall u. Kussing 668.
Meinicke-Reaktion mit nachfolgendem Zentrifugieren und gefärbten Antigenen, Sainz de Aja u. Calvin 1
— — sofortigem Zentrifugieren und gefärbtem Antigen, Sainz de Aja u. Calvin 598.
Meinicke, Reaktion von, wann muß abgelesen werden?, Navarro 37.
Meinickesche Trübungsreaktion, Verwendung von Farbstoffen, Herxheimer 845.
MKR, Soscia 875.
— im Vergleich mit anderen Methoden, Meinicke 875.
Müllers Ballungsreaktion, Franke 326.
— — als Ergänzung zu WR-Untersuchungen, Tillgren u. Allander 8
MTR, Färbung des Antigens nach Browskaja, Klingberg 304.
Organluetinreaktion, Anwendungsgebiet, Planner 629.
Reaktionen von Meinicke, Wassermann und Kahn, vergleichende Untersuchungen, Carcia 37.
Rodillonsche Reaktion für die Serodiagnose der Syphilis, Pinto u. Sodias 669.
*Schnellreaktion nach Kahn, Boas 7
Serodiagnose der Syphilis, gewerbsmäßige Ausführung, Manteufel u. Mae 668.
Serodiagnostik der Syphilis, Facchini
Seroflockulationsmethode mit Galle Antigen, Castellino 151.
Serologie der Syphilis, Kahn 84
Serologische Diagnose der Syphilis aktiven hämolytischen Reaktionen disch 845.
— Untersuchung der Bewohner Dorfes, Kreinin u. Wassiljewa
Serumdiagnose der Syphilis, Kolmer
— — — neue Methoden, Meinicke
*Spirotest und Rückenmarksflüssig Intrakutanreaktionen bei Syphilis Nichtsyphilis, Schütze 486.
Stammspezifische Komplementbindu Schutzkörper, Kroó u. Schulze

Digitized by Google

Subokzipitalpunktion, Zwischenfälle bei, Jakobs 700.
Syphilisreaktionen, zur Theorie und Praxis, Wichels, Hürthle u. Maley 667.
Trübungs- und Flockungsreaktionen, Brauchbarkeit, Gross u. Oelrichs 328.
Tsü, aktive Methode in der Serodiagnose, Wainstein u. Potaschnik 624.
Woodsche Strahlen bei der Syphilisserologie, Wainstein u. Zelitschewa 524.
WR, Bedeutung für die Immunität, Kolmer 223.
- bei Gelenkflüssigkeiten, Kling 254.
- — über Sechzigjährigen, Crohn 304.
- durch Cadmiumbichlorat präzipitierte Lipoide als Extrakt, Scaltritti 303.
- Lipoidextrakte, Ersatz durch alkoholische Phenollösung 496.
- Methodik der — und Wert des positiven Blutbefundes für die Beurteilung nervöser Prozesse, Plaut 668.
- mit der mütterlichen Milch, Gaujoux u. Sollier 327.
- — verdünntem Serum, Krottmayer 327.
- Positivwerden nach Tb.-Mucininjektionen und Spiroziddarreichung 556.
- provokative, Belding 254.
- und Kahnsche Reaktion, Marsh 670.
- — Reaktion Muttermilch, vergleichende Untersuchungen, Stankow 521.
- unspezifische Hemmungen bei der, Nagel 795.
Zitocholreaktion, Brauchbarkeit, Kliewe u. Engelhardt 304.
Zitratplasma zur Anstellung der Komplementbindungsreaktion, Gellner 669.

Primäre Syphilis am Genitale und Reinfektion

Allergie und Superinfektion, Russakowa 523.
Atypische multiple Schanker, Sladkowitsch 560.
Douglasinzisionsnarbe, Primäraffekt auf frischer, Haack 618.
Frenulum, Untertunnelung durch syphilitisches Ulkus, Nicolas, Lacassagne u. Froment 396.
Harnröhrenmündung, Schanker der, Rijshick 525.
Heterosuperinfektion bei Syphilis, Pesterew 523.
Intraurethraler Schanker bei der Frau, Gouin u. Daoules 395.
Induration, Buschke 620.
Reinfektion, Superinfektion, Bergel 875.
Reinfektion, syphilitische, Milian u. Lafourcade 694.
Sclerosis redux, Weinberger 388.
Superinfektion, Pinard u. Horovitz 876.

6. Extragenitale Syphilisinfektion

Bluttransfusion und Syphilis, Dufour 601.
Conjunctiva, beruflicher Schanker bei einem Laryngologen, Louste u. Thibaut 694.

7. Sekundäre und tertiäre Syphilis der Haut und der Schleimhäute

Adipositas, hypophysäre, mit Raynaudähnlichen Veränderungen der Finger luetischer Ätiologie, Winternitz 656.
Atrophierendes Syphilid, Pinard u. Rabut 696.
Bubonulus syphiliticus, Ning 220.
Dysmenorrhoische Dermatose wahrscheinlich syphilitischen Ursprunges, Belgodère 395.
Gefäßerweiterungen bei Lues, Lesczynski 492.
Gumma im Anschluß an antiluetische Kur, Fischer 387.
Gummen als Reizphänomen, Fischl 602.
— an Gaumen und Pharynx, miliäre, Werther 319.
— zwei Fälle, Reiss 559.
Gummöse Narben an Stirn und Rhinophym, Schoenhof 657.
Hauterscheinungen gleichzeitig mit Metalues nach Malariabehandlung, Briel 596.
Hodensack, Lues gummosa am, Nadel 492.
Konstitution, Bedeutung für die Pathologie der syphilitischen Hauterscheinungen, Mamisoff u. Machlin 629.
Leucoderma specificum und Lues gummosa, Blatt 492.
Lichenoides Syphilid, Louste u. Pinoche 695.
Lues III, Löhe 777.
Lues gummosa, Nadel 492.
— — Weinberger 659.
— — III cranii mit Sequesterbildung, Schmitz 840.
— — der Brust, Fleischmann 659.
— — oder Skrofuloderm?, Ruete 602.
— maligna, Bruhns 620.
— — Buschke 691.
— papulosa und Durand-Nicolas-Favresche Erkrankung, Toschkoff 248.
— — — Livedo racemosa, Nadel 492.
— pustulosa, Weinberger 659.
— tertiana ulcero-gummosa, Toschkoff 248.

Digitized by Google

Lues tubero-serpiginosa ulcerosa, Brezovsky 23.
Lues II bei 7jährigem Mädchen, Tadscher 872.
— II, jeder Therapie resistent, Reiss 775.
Makulöses Syphilid nach Reinfektion, Gottron 591.
Maligne Lues, Langer 778.
— Syphilis, Critchley Michael 809.
— — Loche 692.
Manifeste sekundäre, nicht behandelte Syphilis mit negativer Serumreaktion, Spillmann u. de Lavergne 32.
Narben tuberöser Syphilide, xanthomatöse Degeneration, Gottron 689.
Nase, tertiäres Syphilom, Gaté u. Michel 721.
— tertiäre Zerstörung, Buschke 691.
Orchi-Epididymitis mit Fistelbildung. Gummi am Gesäß, Nicolas, Lacassagne u. Rousset 32.
Pigmentbildung in luetischer Narbe, Belgodère 34.
Pigmentierungen der Mundschleimhaut, syphilitische, Selikowitsch 602.
Prästernales in der Mittellinie gelegenes Ulkus ist häufig Gumma, Wangensteen 602.
Pruritus lueticus, Mierzecki 492.
Rezidivexanthem und hämolytische Anämie, Haber 388.
Rubeolaartiges Exanthem im Primär-Sekundärstadium, Burnier, Barthélemy u. Cohen 396.
Rupia syphilitica, Kasztor 388.
— — Löwenstein 592.
Salvarsandermatitis, Fröhlich 747.
Schanker und psoriasiformes Syphilid bei hereditärer Psoriasis vulgaris, Baliña 844.
Schankriformes Sekundärsyphilid, Hudelo u. Rabut 876.
Sekundäre Syphilis, Loehe 692.
Sekundärsyphilitische Exantheme, Delbanco u. Müller 875.
Spätformen, Psoriasis vortäuschend, Fischer 388.
Subkutane schmerzhafte ossifizierte Knötchen, gleichzeitig auf Syphilis beruhender meningealer Zustand aufgetreten, Rousset 720.
Syphilis kerionoformis, Maschkilleison 520.
Tertiäres Syphilid auf einer Narbe, Gaté, Massia u. Michel 719.
Tertiäre Syphilis, Hammacher 221.
— — der Brust, Pack u. Adair 805.
— — des Gaumens, Loehe 692.
— — des Penis und Gehirnsyphilis, Ledermann 591.
Tertiäre Syphilis der Tonsillen und Gaumenbogen, Loehe 692.
Tertiärsyphilid des Gesichts, Scharfe 319.
Tertiärsyphilitische Entzündung mit zentraler Nekrose, Herrmann 219.
Tuberkulöses Syphilid, lupusähnlich, Koljada 525.
Tuberoulzeröse Syphilis der Nase und Oberlippe, Blatt 492.
Tuberoserpiginöse Lues, Nebenführer 747.
Tuberoserpiginöses Syphilid, Blatt 492.
— — Ning 221.
— — Buschke 620.
— — und Psoriasis, Roszmanitz 24.
Ulcera cruris, Buschke 777.
Ulcero-gummöse Syphilis, Popchristoff 872.
Ulzeröses Syphilid der Oberlippe, Lilienstein 351.
Verruköse Abart der tertiären Syphilis symmetrische Hyperkeratosen, Per[illegible]
Vitiligo bei erworbener Syphilis, Lacapère 394.

8. Syphilis des Bewegungsapparates

Arthrolues beider Knie, Toschkoff 24
Gumma der Bursa praepatellaris, Werther 319.
— — Wadenmuskulatur, Berg 348.
Juxtaartikuläre Knoten, Gottron 591.
— — Smeloff 693.
*— Knotenbildung bei Syphilitikern, Stern 677.
Osteoperiostitis luetica, Nikoloff 870.
Ostitis luetica des Os parietale, Plaut nach Hautdefekt und Nekrose, Ritter 693.
Traumatische Syphilis der Knochen und Gelenke, Barthelemy 843.

9. Syphilis des Nervensystems und der Sinnesorgane

Augenveränderungen bei positiver W. Rodin u. Carson 299.
Apoplexie, luetische, bei neunjährigem Mädchen, Papp 300.
Differenzierung syphilitischer Nervenerkrankungen durch Komplementbindungsreaktion mit Gehirnextrakt und Liquor cerebrospinalis, Marchionini 875.
Fazialislähmung bei Frühsyphilis, doppelseitige, Strauss 225.
Fazialisparese, luetische, Weinberg 388.
Gehirnsyphilis und Lues III des Penis, Ledermann 591.
Gummata cutanea, Fessler 457.

Digitized by Google

Keratitis bei erworbener Syphilis, Critchley, Michael 809.
Liquor, Einspritzungen von, Mariotti 676.
Meningitis, akute syphilitische, Carr 251.
- syphilitica acuta in Form rein geistiger Störung, Faure-Beaulieu 300.
- syphilitische, Thompson 844.
Metalues, gleichzeitige Hauterscheinungen mit — nach Malariabehandlung, Brill 596.
neue Gesichtspunkte zur Therapie, Pollak 359.
Metasyphilis, Therapie, Leven 675.
Nervensyphilis, nichtspezifische und Malariabehandlung bei, Roose 251.
280 Beobachtungen; vorausgegangene Behandlung bei, Weatherby 251.
Paralyse, progressive, Behandlung, Jacubson, A. u. Grinewitsch 522.
— Malariabehandlung in der psychiatrischen Klinik in Sofia, Popoff 360.
— Tryparsamidbehandlung in Ontario, Riddell 662.
— s. auch Syphilis 17.
Pseudotabes syphilitica, Bejarano u. Enterria 751.
Rückenmarkssyphilis von Form der Erbschen Paraplegie, Beriel u. Rousset 721.
Spinalnervenatrophie bei Tabes, Wismutbehandlung, Feldmann u. Wernke 561.
Spirum, salvarsanisiertes, Behandlung der Lues cerebrospinalis mit, Blesse 675.
Spinalparalyse, atrophische syphilitische, Popow 627.
spastische, Werther 803.
Stes, Fieber- und Malariabehandlung bei, Artom 151.
organisches Strontiumpräparat bei, Ciambellotti 876.
und gleichzeitig Sarcocele syphilitica, Punskij 525.
— Magenulkus, Friedrich 300.
Syphiker, Hautsyphilide bei einem, Cartia 466.
makulopapulöses Exanthem bei einem, Frankl 627.
tische Arthropathie, Natur, Delbet u. Cartier 299.
Syphiloma, Erkrankung des Zentralnervensystems bei Lues latens ausgelöst durch, Pollak 627.
Syphilometrische Diagnose der Syphilis des Zentralnervensystems, Rose u. Deakin 251.

Syphilis der inneren Organe, der Brust- und Lymphdrüsen

Aneurysma der Koronararterie und gummöse Myokarditis, Vogelsang 845.
Aortenerweiterung, Sterling-Okuniewski 603.
Appendizitische Symptome, Lues und, Deolindo 35.
Cholesterin im Blut bei Syphilis, Leibfreid u. Krishewitsch 299.
Extremitätengefäße, luetische Entzündung der, Freund 603.
Gastritis luetica, Herman 626.
Herzerkrankungen, syphilitische, Frühdiagnose, Gager 252.
Herzsyphilis mit Aneurysma des Ventrikels, Cookson 603.
Herz und Aorta, Syphilis, Cowan 603.
Herz- und Gefäßlues, Behandlung, Rosin 603.
Ikterus und Lues, Weinberger 388.
Kopfschmerzen, syphilitische, Kopecky 251.
Lungensyphilis, Allison 604.
— gummöse, Fischer 604.
— mit Arteriitis pulmonalis (Ayerzasche Krankheit), Konstam u. Turnbull 604.
— zur Klinik, Rossijskij 560.
Lymphdrüsenerkrankungen, gummöse, Glagolewa 119.
Lymphome, gummöse, Dufke 557, 658.
Magen, Syphilis des, Beziehungen zur Linitis plastica, Singer 252.
— Syphilom, Einhorn 627.
Mesaortitis luetica, Malariakur bei, Mihaljević u. Spengler 676.
Pankreatitis, syphilitische, Diabetes vortäuschend, Campagna 297.
Pleuritis exsudativa, frühzeitige syphilitische, Kolović 626.
Proctitis luetica mit Perforation in die Vagina im Wochenbett, Gutmann 299.
Splenitis und Perisplenitis, fieberhafte syphilitische, Gaté, Bosonnet u. Michel 31.
Venenentzündung, syphilitische, Grezzi 296.
Viszerale Syphilis, zur Klinik, Fedossow 297.

11. Syphilis des Urogenitalapparates

Chylurie bei Blasensyphilis, Valverde 749.
Gumma penis et scroti, Mariantschik 260.
Hodensyphilis, Tuberkulose vortäuschend, Lewin 522.

12. Hereditäre Syphilis; erworbene Syphilis im Kindesalter; Syphilis und Ehe

Akquirierte Syphilis Hereditärluetischer, Artom 876.
Amenorrhoe durch hereditäre Lues, Milian 394.

Digitized by Google

Angeborene Syphilis, Entstehung, Wesen, Erkennung, Verhütung und Frühheilung, E. Hoffmann 622.
Anodontie, partielle, bei kongenital-luetischem Kinde, Weiss 627.
Behandlung der Lues innata, Erfolge, Wegner 623.
Diagnose der kongenitalen Syphilis, Nachweis der Spirochaeta pallida im Konjunktivalsekret, Mohrmann 844.
Dystrophien bei Kindern mit kongenitaler Syphilis, Salkan u. Potapow 119.
Endometritis und kongenitale Syphilis, Vermelin 298.
Fieberhafte kongenitale Syphilis bei 14jähr. Kinde, Mikulowski 845.
Infantilismus, thyreogener, Typus Brussand-Lorain infolge Syphilis congenita tarda, Winogradow 521.
Kammerwasser der vorderen Augenkammer, Spirochätennachweis, Klöverkorn 875.
Knochenmißbildungen besonderer Form, wahrscheinlich kongenitale Syphilis, Babonneix u. Lonjumeau 298.
Knochenschaft, destruierende Veränderungen im — bei syphilitischen Säuglingen, Epstein u. Podvinec 628.
Knochensyphilis, kongenitale, Pendergrass u. Bromer 628.
Kongenitale Lues, Fischer 388.
Kongenital-Syphilitiker, Naegeli 724.
Lues congenita, Geserowa 870.
— — 50jähriger Mann, Gottron 619.
— — tarda, Lenartowicz 492.
Magen, kongenitale Syphilis, Verbrycke 253.
Meningomyelitis, kongenital-luetische, und Syringomyelie?, Mulzer 352.
Mischformen angeborener und erworbener Säuglingssyphilis, Hoffmann 723.
— von angeborener und erworbener Säuglingssyphilis, Hoffmann 300.
— — erworbener und angeborener Säuglingssyphilis, gibt es?, Hoffmann 837.
Mutterschutz und Kinderfürsorge, Tätigkeit des Venerologen in den Institutionen für, Levitin 120.
Mutter und Kind, Lues bei, Buschke 297.
*Myasthenia pseudoparalytica, wahrscheinlich auf kongenital-luischer Basis, Oppenheim 769.
Pankreas, kongenitale Syphilis, Menninger 253.
Plazenten, histologische Diagnostik luischer, Kaufmann 189.
Prophylaxe der Syphilis congenita, Marcus 623.
Radiäre Lippennarben, Krantz 841.
Schwangere, luisch infizierte — unter Berücksichtigung der Prognose für das Kind, Richter 298.
Schwangerschaft, Entbindung, Rekonvaleszenz und Nachkommenschaft, Einfluß der kongenitalen Syphilis, Boas u. Sodemann 843.
— und Syphilis, Fruhinsholz, Watrin u. Vermelin 33.
Spirochätennachweis bei kongenitaler Lues, Skljar 524.
Spirozid, Behandlung der Lues congenita mit, Tuscherer 673.
Stigmata der kongenitalen Syphilis, neue, Mestchersky 843.
Syphilis hereditaria, Vámos 747.
Tibia, die sogenannte kongenital-syphilitische — kann Tuberkulose sein, Cange 300.
Tierexperimentelle Beiträge zum Problem der kongenitalen Lues, Mulzer u. Hahn 632.
Tuberculum Carabelli, Bedeutung für die Diagnose der kongenitalen Syphilis, Jugermann 298.
— — — — kongenitale Syphilis, Zeller 225.
Übertragung der Syphilis auf die dritte Generation, Perkel u. Pretschin 191.
Virusnachweis durch Drüsenverimpfung beim kongenital syphilitischen Säugling, Manteufel u. Herzberg 189.
Vorbeugung und Behandlung der angeborenen Syphilis, Klaften 672.
Zahnanomalien und Lues congenita, Mayrscher 722.
*Zweiter Generation, Lues congenita, Trip 378.

13. Allgemeine Therapie und Prophylaxe der Syphilis

Abortivbehandlung der Syphilis, de Favento 876.
Behandlung der Syphilis, Bering 67
Frühbehandlung, ist Unterlassung ein die Schadenersatzpflicht bedingender Kunstfehler?, Heller 593.
Heilbarkeit der Syphilis, Rosenthal 1
— — — und Immunität, Bergel 14
Indikationsstellung in der Luestherapie, Kerl 671.
Kampf gegen die Syphilis, Vernes
Komplikationen bei Syphilis, Verhütung, Hazen 253.
Konflikte bei Behandlung der Syphilis, Milian 848.
Lues II, bemerkenswerter Fall, Dr. 557.
Malaria tertiana, einhalttuende Wirkung frischer Syphilis auf, Perekropow

Digitized by Google

'achuntersuchungen bei vor 10 Jahren behandelten Luetikern, Bloch 722.
rophylaktische Beobachtung auf dem Gebiet der latenten Syphilis, Gravagna 459.
rophylaxefrage, Zurhelle 840.
pirochätizide Wirkung des Serums, Truffi 876.
yphilis in Bulgarien, Behandlung, Koeff 870.

14. Quecksilberbehandlung der Syphilis

uecksilberausscheidung, Cole, Gammel, Sollmann, Schreiber 875.
uecksilberbehandlung, unendlich lange fortgesetzte, und alte Syphilis, Spillmann 33.
uecksilber, das fettlösliche, bei der menschlichen Syphilis, Fournier, Guénot u. Schwartz 332.
uecksilbereinreibungen, massive wöchentliche, Cole, Rauschkolb, Schreiber u. Sollmann 224.
Quecksilberwirkung im syphilitischen Organismus, mit Berücksichtigung der Anhäufung im gesunden und kranken Hautgewebe, Neuber 647.

15. Salvarsanbehandlung (einschließlich kombinierte Salvarsanbehandlung) der Syphilis

alekzem durch Stovarsol und Treparsol, Bassewitz 359.
sen, Retention nach Arsphenaminbehandlung, Cannon 875.
senbenzolpräparate, Wirkung auf die Leber, Lewin 186.
senobenzol, 8 Jahre, Castelli 876.
senobenzole in den Kolonien, Legendre 330.
senresistente Syphilis, Fall, Tarantelli 493.
utbild, Salvarsan- und katarrhalischer Ikterus, Lerman 331.
rmatitis linearis lichenoides infolge Salvarsan und Wismut, Bratzlawski 521.
idolumbale Behandlung parasyphilitischer Affektionen, Brunner 331.
umma nach antiluetischer Kur, Fischer 387.
utkomplikationen bei kombinierter Arsen-Wismutbehandlung, Sézary 673.
istologische Veränderungen nach einmaliger Salvarsanapplikation in die Haut, Ebert 595.
terus mit Exanthem durch Salvarsan, Barthélemy u. Cohen 396.
ber, Salvarsanwirkung auf die, Barok 330.
Leber, toxische Wirkung der Arsenobenzolpräparate auf die, Lewin 597.
Lösungsmöglichkeiten des Salvarsans in indifferenten, entgiftenden und wirkungssteigernden Flüssigkeiten, Dreyfuss 673.
Malariagelbsucht bei antisyphilitischer Behandlung, Ruge 693.
Möglichst große Salvarsandosen mit möglichst geringem Risiko, Bernay 845.
Myosalvarsan, Ausscheidung des, Bauer 782.
— bei Säuglingen, Waldeyer 190.
Nebenwirkungen der Salvarsanpräparate auf das Nervensystem, Rosenboim 674.
Neoarsphenamin, geringer therapeutischer Wert, Hazen 332.
Nitritoide Krisen, Wirkung der Hyperpnoe, Rosello 675.
Purpura haemorrhagica bei Salvarsantherapie, Sorinson u. Pechur 560.
Rezidiv vier Wochen nach beendigter Kur, Kasztor 659.
Salvarsandermatitis, Fischer 558.
— Haller 25.
— Detoxininjektionen bei, Buschke 691.
— mit Gangrän, Robinson 253.
— von dyseidrotischem und vesikulös-pustulösem Typus, Nicolas, Pétouraud u. Froment 718.
Salvarsanresistente Lues II/III, Löwenstein 592.
Salvarsan-Septojodbehandlung, Leschke 332.
Salvarsanintoleranz zur Vorbeugung, Ostrowski 492.
*Salvarsantherapie, entstandene und künstlich erzeugte Reaktionen durch, Gjorgjević u. Bugarski 209.
Salvarsan- und wismutresistente Lues III, Rothman 24.
Salvarsan, 20 Jahre, Hoffmann 875.
Sensibilisierungs- und Allergieerscheinungen der Haut gegenüber Myosalvarsan, Nathan, Munk u. Grundmann 674.
— — — — — — Salvarsan, Nathan u. Munk 674.
*Spirozidbehandlung der Lues I, Kumer 11.
Spirozid bei postluetischen Erkrankungen innerer Organe, Bauer 359.
Stomatitis arsenicalis, Milian 394.
Toxizität gewisser Arsenverbindungen gegenüber Trypanosomen, Richet fils u. Gley 331.

16. Wismutbehandlung der Syphilis

Abszeß durch Wismutretention nach Unfall, Roberti 696.

Digitized by Google

Aktivierung des Wismuts unter Einfluß an Gluthation reicher Gewebe, Levaditi u. Howard 332.
Bijochinol, Röntgenaufnahmen nach intramuskulärer Injektion, Smelow u. Feldmann 119.
Bi-Depots, nicht resorbierte, Kloeppel 803.
Pigmentierung der Schleimhäute und Bedeutung bei der Wismutbehandlung, Löhe u. Rosenfeld 844.
Stomatitis bismutica tarda, Sainz de Aja 750.
Ungewöhnlicher Vorfall bei Wismutinjektion, Kauczynski 490.
Wismutabszeß, Spontanausstoßung des nekrotischen Eitersacks, Drujon 873.
Wismut, jetziger Stand der Behandlung, Gougerot 848.
*Wismutinfarkte und ihre Verhütung, Lomholt 278.
Wismut-Kalomel-Präparat, neues, Gros 673.
Wismutliteratur, Boyer 35.
Wismutpigmentierungen der Blasenschleimhaut, Löhe u. Rosenfeld 782.
Wismutsalze, Toxizität der wasserlöslichen — beim Kaninchen und Hunde, Busquet u. Vischniak 330.
Wismutstomatitis, schwere, Spillmann, Créhange u. Polu 33.
Wismut und Neoarsphenamin bei Syphilis, Schamberg 227.
Wismutvergiftung, anatomisches Präparat, Zinsser 842.
Wismut wird absorbiert, Boyd 673.

17. Malariabehandlung der Syphilis (einschl. Fieberbehandlung)

Angeborene Syphilis, Behandlung mit Impfmalaria, Ahman 844.
Blutveränderungen in der Malariabehandlung, Vadalà 464.
Chininresistenz und Rezidive bei therapeutischer Malaria, Kauffmann 332.
Febrile Körpertemperaturen bei Behandlung wassermannfester Syphilitiker, Cady u. Ewerhardt 250.
Fieber- und Malariabehandlung der Syphilis, Pasini 699.
Impfmalaria, Beeinflussung der Seroreaktion, Schoch 723.
Jodisan, Jodtherapie mit, Schmuttermayer 431.
Liquorbeeinflussung durch Malariabehandlung, Scomazzoni 463.
Malariabehandlung der Nervensyphilis, Chevallier 667.
— — — Jean Meyer 667.
Malariabehandlung und Herxheimersche Reaktion, Sainz de Aja 37.
— Schaffung von Zentren für, Clark 360.
Malaria in ihren Beziehungen zu Gonorrhoe, Lues und Neurolues, Rosenberg 699.
Malariatherapie, Kumer 875.
— Walter 876.
— der Früh- und Spätlues, Jacobs u. Vohwinkel 783.
Malariawirkung auf den syphilitischen Organismus, Dujardin 667.
Paralyse, progressive, Malariabehandlung, Kaltenbach 331.
Skrofulodermaähnliche Brückenbildungen Spätlues, Schmidt 783.

18. Jodbehandlung der Syphilis

Jodexanthem, Jaffé 691.
Jodipin, dünnflüssiges, Winternitz u. Schenk 672.

19. Sonstige Heilmittel bei Syphilis

*Balneotherapie der Syphilis. Mechanismus, Efron u. Orlow 537.
Fiebertherapie, unspezifische — der Metalues, Schmeidler 675.
Lokale Behandlung der Syphilis, Fiala 672.
Proteininjektion, intralumbale, Behandlung der Lues cerebrospinalis, Mori 675.
Proteinprognose der Syphilis mittels Intrakutanreaktion von aspezifischen Proteinen, Cartia 465.
Schwefelquellen in Behandlung der Syphilitiker, Boutelier 34.

Syringomyelie, Kauczyrski 491.
— Mulzer 352.
— Nadel 491.
*— Beurteilung der trophischen Störungen, Kraft 817.

Tabakekzem, Stauffer 722.
Teerarbeiter, Akne-Komedo, Epithel-Dermatitis der Vorderarme, histologische Untersuchung, Nicolas, Mossia u. Rousset 719.
Teergeschwülste, Wirkung der Magnesiumsalze auf die Entwicklung der, Mirullaz 157.
Teer, Hauterkrankungen durch, Cl. 414.
Teerkarzinom bei vitalgespeicherten Mäusen, Lignac u. Kreuzwendedyk von dem Borne 156.

Digitized by Google

Teermelanosen, Pack 561.
Teer, Wirkung der basischen Portion des bituminösen Steinkohlenteers, Shibata 562.
— — des durch Destillation rohen Petroleums gewonnenen, Shibata 563.
Teigne amiantacée, falsche, Photinos 369.
Telangiektasien, essentielle lineäre, Naegelie 724.
Thallium, Buschke 565.
— Alopezie durch, Sannicandro 462.
Thalliumazetat, biologische Wirkung, Antwort an Buschke und Peiser, G. Truffi 466.
— — Wirkungsweise, Buschke u. Peiser 151.
— dehydrogenative Vorgänge bei mit — vergifteten Ratten, Cortella 462.
— epileptiforme Psychose nach, Gonzalez Uruena 847.
Thallium bei Epilationskurven, Natriumthiosulfat als Gegengift, Caluzzi 462.
— — Trichophytien der Kopfhaut, Caluzzi 460.
— essigsaures, bei Pilzerkrankungen, Potaschnik 192.
— und Röntgenbestrahlung bei Haarpilzerkrankungen, Kleinmann u. Großmann 520.
Thalliumvergiftung, akute, durch Zeliorattengift, Deutsch 566.
Thalliumwirkung, Beeinflußbarkeit durch Extrakte endokriner Drüsen, Vásárhelyi 190.
„Therapeutische Umfrage" 874.
Thrombophlebitis, Phlebektomie, Dreyfuss 127.
Tierfellnaevus beim Neugeborenen, Corsdress 527.
Tinea amiantacea, Becker u. Muir 223.
Transplantation aus der Bauchhaut in die Hohlhand; Neigung zu follikulären Abszessen, Zinsser 842.
Traumatische Entstehung innerer Krankheiten, Stern 425.
Trichomonaskolpitis, Behandlung mit Yatren 105, Rodecurt 755.
Trichomonas vaginalis, Infektion der Harnblase, Visher 402.
Trichophyten, Askenbildung bei, Bruhns 49.
Trichophytid, rezidivierendes papulöses und psoriasiformes, Naegeli 724.
Trichophytie-Allergie und Immunität, Rivalier 357.
Trichophytie, Bildung reifer Schläuche, Wilenczyk 198.
— der Füße bei Studierenden, Legge, Bonar u. Templeton 567.
— — Haut, Nägel und des behaarten Kopfes kombiniert mit Lepra, Nikiforowa 520.
Trichophytie der Nägel, Lilienstein 351.
— im Schwingerverband der Stadt Bern, Strehler 722.
— Konjunktivitis bei, Muende 807.
— mit Thallium-Epilierung, Pautrier u. Woringer 30.
— non parasitaria, Rosenthal 145.
— tiefe, des Bartes, Jodisan, Fidanza 389.
— und Mikrosporie der Kopfhaut bei Erwachsenen, Massia u. Rousset 390.
Trichophyton endothrix, neues, Trichophyton areolatum n. sp., Negroni 568.
— gypseum, Veränderungen der Kulturen im Verlaufe des Alters, Catanei 855.
— granulosum, atypische Form, Wilenczyk 568.
— violaceum und glabrum, Pathogenität für Tiere, Catanei 198.
— — — granulosum von derselben Person gezüchtet, Wilenczyk 567.
Trichosporia cutis psoriasiformis progressiva Asashi und Akagi, Akagi 122.
Trigonum, pseudomembranöse Entzündung des, Ryall 322.
Trilysin, Linser 804.
Trinitrophenol, toxische Reaktionen nach, Dennie, McBride u. Davis 626.
Tripper s. Gonorrhoe.
Trombidioseherd in der Eifel, neuer, v. Mallinckrodt-Haupt 624.
Trophische Affektionen, Bedingungen der Entwicklung begrenzter und diffuser Pigalew u. Kusnetzowa 430.
Trophödem s. auch Myxödem.
Trypaflavin, Toxizität, Liengme 431.
*— zwei schwere Unfälle, Treuherz 317.
— zur Toxikologie, Lenz 431.
Tuberculosis cutis colliquativa, Mosdzien 840.
— subcutanea, Zinsser 841.
— verrucosa cutis. Elephanthiasis verrucosa, Laubál 747.
— — Röntgenbehandlung, Gaté, Coste u. Michel 719.
Tuberkelbazillen, Hitzebeeinflussung von, Lange 573.
— und Tuberkulinallergie, Beziehungen zwischen entwicklungshemmenden Stoffen für Sonak 859.
Tuberkelbazillenfärbung im dicken Ausstrich nach Bearbeitung der Untersuchungsobjekte mit Antiformin, Osol 573.
Tuberkelbazillenzüchtung nach Löwenstein-Hohn aus dem Urin, Radó u. v. Huth 230.
— zur Methodik der, Blumenberg 256.

Digitized by Google

Tuberkelbazillen, Vergleich zwischen mikroskopischer Untersuchung, Tierversuch und Kultur, Wohlfeil u. Jacobi 256.
Tuberkelbazillus, Abschwächung durch frühzeitige Weiterimpfungen, Nègre, Boquet u. Valtis 257.
— bakterizide Wirkung des Blutserums Tuberkulöser auf den Tuberkelbazillus, Courmont u. Gardère 257.
— biologisch-chemische Forschungen, Vassiliou 256.
— diagnostische Agglutination und Vakzinetherapie der Tuberkulose mit einem umgewandelten, Allard u. Wotzke 258.
— diagnostische Agglutination und Vakzinetherapie der Tuberkulose mit einem umgewandelten, Spronck u. Hamburger 257.
— Saprophytismus des, Karwacki 231.
— unsichtbare Formen des, Loewenstein u. Singer 573.
— vier Jahre Kultur des — zur Diagnose der Tuberkulose, Hohn 573.
— Wirkung des Nilblau, Hollande, A. u. Hollande, G. 859.
— Zell-Endo-Parasitismus, Hollande u. Crémieux 231.
— Züchtung nach Uhlenhuth und Hohn, Orzechowski 230.
Tuberkulid, akneiformes, des Gesichts, Nackens, Kapillitiums, sekundäre Anetodermie nach Lichen scrofulosorum, Habermann 355.
— großpapulöses, Freund 690.
— (Lupus erythematodes?), flächenhafter Ausdehnung, Mosdzien 840.
— oder Lupus?, Zinsser 842.
— papulonekrotisches, an den Beinen, Bruhns 592.
— — Matras 288.
— — erythema-induratumartig, Habermann 355.
— — im Gesicht, Bruhns 620.
— papulöses, bei Gelenkrheumatismus, Milian u. Garnier 696.
Tuberkulide, Heliotherapie, Rollier 662.
— Knochenläsionen bei, Valenti 461.
— papulonekrotische, Matras 459.
— — Popoff 247.
— und Sarkoide, Natur und Pathogenese, Darier 722.
Tuberkulinimpfung, Exanthem nach — bei geschlossener Spitzenaffektion der Lunge, v. Grundherr 346.
Tuberkulin in der Dermatologie, Jadassohn 806.
— Kutan- und Intrakutanreaktion im Verlaufe der verschiedenen klinischen Formen der Tuberkulose, Panaitescu u. Nasta 257.
Tuberkulinprüfung, intradermale — mit fallenden Konzentrationen bei Haut-Geschlechtskranken, Martenstein u. Noli 596.
Tuberkulinreaktion nach Moro, Technik Hille 574.
Tuberkulinwiederholungsreaktion nach Bessan bei Hauttuberkulose und Erythematodes, Marchionini 598.
Tuberkulöse Exantheme, Stigmata durch Habermann 355.
— Ulzerationen des Mundes, Chompret u. Dechaume 694.
— und luische Nekrose, mikroskopische Unterscheidungsmöglichkeiten, Coronini 786.
Tuberkulöses Hautgewebe, Filtrate, Flarer 464.
— Ulkus mit satellitenförmigen Lupusknötchen, Bezecny 659.
Tuberkulös-toxische Exantheme, Halfer 575.
Tuberkuloid am Thorax, erythematös-atrophisches, Spillmann u. Warnet 33.
Tuberkulosebehandlung, Morrhuat des kolloidalen Kupfers bei, Mouzon 25
Tuberkulose der Haut, Blumenthal, Boluser u. Höfer 875.
— — — Behandlung, Peyri 875.
— — — — mittels Jodlebertraninjektionen nach Jaczewski, Blatt 741.
— — — Beziehung zur Tuberkulose der inneren Organe, Wail 860.
— — — bei Bergleuten, Fabry 860.
— — — Diätbehandlung, Wichmann 182.
— — — disseminierte, Herez 746.
— — — Diagnose und Therapie in der Praxis, Rost, Keller u. Marchionini 37.
— — — Ernährungsbehandlung. Bommer 255.
— — — Goldsalze bei, Burnier 149.
— — — Radiotherapie, Nicolas, Gard, Coste u. Michel 876.
— — — statistische Untersuchungen, Albert 232.
— — Zunge, Röntgenbehandlung, Eghiayan 158.
— — Mamma und Lungen, welche ein Kind mit tuberkulösen Hautveränderungen stillte, Popoff 247.
— — Wangenschleimhaut, Nadel 492.
— des Meerschweinchens, Resorption von Vernes, Grysez u. Bretz 669.
— eine Krankheit des Lymphdrüsensystems, Schulz 258.

Digitized by Google

Tuberkulose, Ernährungsbehandlung, Hermannsdörfer 875.
— — Erklärung zur, Sauerbruch 576.
Tuberkuloseerreger, Morphologie und Filtrierbarkeit, Lucksch u. Skutetzky 255.
Tuberkulosefragen in der Sprechstunde, Flatzeck 232.
Tuberkulose, Geflügel-, Haut- und Knochenveränderungen durch, Nicolau u. Blumenthal 876.
- genitale, neue Operation, Loughnane 661.
- geschlossene, bei Kindern, Mikulowski 258.
- historische Bemerkung zur Diätbehandlung nach Gerson, Ahringsmann 576.
Tuberkulose-Immunität, klinische Bedeutung, Selter 575.
- und Hauttuberkulose, Krantz 837.
Tuberkulose, intrakutane Impfung mit BCG, Wallgren 574.
Tuberkulosekomplementbindung, tierexperimentelle Untersuchungen, Schulte-Tigges 574.
Tuberkuloseprophylaxe, Nobel 258.
Tuberkulosereaktion nach Besredka, Einfluß der Diätbehandlung, Reiss 876.
Tuberkuloseschutzimpfung mit BCG nach Calmette, Buschmann 574.
Tuberkulose, Serodiagnose, Iwanovics 859.
Tuberkulosevirus, filtrable Elemente, Calmette, Valtis u. Saenz 256.
- — Form, Felsenfeld 859.
Tuberculosis papulo-necrotica, Rosenthal 27.
- — et indurativa, Nebenfuhrer 26.
- — und Lupus vulgaris nasi et mucosae oris, Blatt 492.
- ulcerosa, Nadel 491.
- — miliaris der Tonsillen, Gottron 620.
- verrucosa cutis, Blatt 492.
- — der vierten Zehe, Nicolas, Lacassagne u. Rousset 32.
Tumorbereitschaft und Embryonalentwicklung, Freund 528.
Tumor malignus. Raynaud-Symptome und Melanodermie, Freund 776.
Tumoren der Haut, Porcelli 876.
- multiple, Simon u. Coignerai 695.
Tumorwachstum, Einfluß des Serums anämischer Tiere, Brüda u. Koszler 156.
- und Hormondrüsen, Flaks 529.
Tumorzelle, besitzt die — besondere Affinität zum Blei?, Kawata 530.
Typhusvakzine, polymorpher Symptomenkomplex durch, Ledo 35.
Überempfindlichkeitskrankheiten, Adelsberger 786.
Ulcus cruris, Blutzuckerbestimmung bei, Biberstein u. Linke 188.
— — varicosum, Bakteriologie des, Baerthlein 471.
— hystericum? Kwiatkowski 491.
— molle, ambulatorische Behandlung, Günsberger 360.
— — am Mittelfinger, Löhe 591.
— — — Penis und Panaritium, Buschke 777.
— — — Zeigefinger, Richter 621.
— — an Frenulum, Glans und Oberschenkel, Nadel 491.
— — auf tertiärluischem Geschwür, Milian 850.
— — der Zunge, Montpellier u. Bonomo 396.
— — im linken Hypogastrium, Hynie 530.
— — mit Fieber und Blutharnen, Gougerot, Barthélemy u. Garnier 850.
*— — und Scabies, epidemiologischer Gegensatz, Choroschin 489.
— — WR und Meinicke-Reaktion bei, Vercellino 462.
— phagedaenicum, Chininurethran bei, Langer 621.
— rodens der Schläfe, Röntgenheilung, Dufke 387.
— — giganteum, Samek 658.
— — multiples, Samek 658.
— — zwei Fälle, Fleischmann 559.
— vulvae acutum, Dufke 658.
— — — Weinberger 559.
*— — — hämatogene Hautmetastasen bei, Walter u. Roman 705.
— — — mit aphthenähnlichem Ulkus der Zunge, Jaffé 691.
Ulerythema ophryogenes, Lichen pilaris, Haller 747.
— sycosiforme, Milmann 560.
Ultraviolett durchlässige Fenster, Versuche mit, Schubert 783.
Ultraviolettes Licht, Wirkung auf Zusammensetzung des menschlichen Blutes, Vannfalt 126.
Ultraviolette Strahlen, Wirkung auf den Gehalt des Kaninchenblutes an Leukozyten und Thrombozyten, Vannfalt 126.
Ultraviolett-Lichteinheit, Coblentz 419.
— Keller, Ph. 419.
— Saidmann 419.
Ultravioletttherapie, quantitative Eigenschaften von Lichtquellen bei, Goodman 469.
Ultravirus, Kultur des — ist möglich, Hauduroy 426.

Digitized by Google

Ulzerationen, perianale, mit Fuso-Spirillen durch Päderastie, Nicolas, Lebeuf u. Rousset 31.
*Umschlagwasser, offizinelle, Wasserstoffionenkonzentration, Perutz u. Lustig 509.
Unguis incarnatus, Behandlung, Daniljak 160.
Unna, P. G., Gedenkworte für, Mulzer 346.
Unterschenkelgeschwüre, Behandlung mit Philoninsalbe, Mattissohn 810.
Urämie, eklamptische, Richter 194.
*Urandil, Erfahrungen mit, Dufke 789.
*Uran in der Dermatologie, Truttwin 406.
Ureter, beiderseitiger, doppelter, Mac Conail 323.
— Enervation des, Caporale 421.
— röntgenologische Diagnose von Erkrankungen, Nichols, B. H. 291.
— traumatische Ruptur, Legueu 293.
— transversale Verletzungen, Marion 420.
Ureterektomie, Blum 193.
Ureteren, transversale Verletzungen der, Marion 99.
Ureterkarzinom, primäres, Kneise 804.
Ureterkatheterschieber, Hennig 196.
Uretermündungen, Dystopien der, Schröder 624.
Ureterpapillom, das intramurale, Pflaumer 194.
Uretersteine, Ibrahim 664.
— Steinschnitt am vesikalen Ende bei der Frau, Oppenheimer 661.
Ureterstrikturen, zur Kritik der, Kümmel 192.
Ureterveränderung nach Trauma, Einzig 804.
Urethra, Anastomosenbehandlung der frischen oder veralteten kompletten Ruptur der Pars anterior, Young 192.
— großer Stein der, Abramian 804.
— männliche, Röntgenographie, Langer 119.
— s. auch Harnröhre.
Urethra- und Prostatogramme, Langer 592.
*Urethritis non gonorrhoica, zur Behandlung der, Stümpke 452.
— Reflex-, Dreyer 195.
— verkannte einfache, Boulanger 402.
Urin s. auch Harn.
Urinverhaltung, Mechanismus einiger Fälle, Gragonas 750.
Urogenitalsystem, Infektionen, Akridinsalzbehandlung, De Benedetti 460.
— Mißbildungen im, zur Frage der, Magid 703.
Urologie, Iconographia urologica, Posner, Rothschild u. Necker 39.
— Lachgasnarkose in der, Bloch 19
— Radium- und Röntgentherapie, Schüler 403.
Urologische Erkrankungen, Schmerzphänomene, Großmann 624.
— Fälle, zwei seltene, Döderlein 19
Urotropin, Zersetzung in verschiedenen Lösungen, Sakurai 125.
Ursol- und Pellidolüberempfindlichkeit, Mayer 189.
Urticaria haemorrhagica, Bejarano u. Enterria 751.
— pigmentosa? Gaté u. Michel 72
— — Kerl 457.
— — Zinsser 842.
— — adultorum, Hopf 354.
— — mit spätem Beginn, Nicolas u. Rousset 718.
Urtikaria, Asthma und, Wheeler 8
— Chokphänomen bei, Pasteur, Vallery-Radot u. Lucien-Rouquès 665.
— chronische, Fall, Bory 473.
— generalisierte, Götz 473.
— Kälte-, Perutz, Brügel u. Grünfeld 474.
— — Vallery-Radot, P. u. Rouquès 474.
— Kochsalz und, Hopf 875.
— nach Wespenstich, generalisierte, Schaefer 128.
— physikalische Spät-, Urbach 45
— psychische, Haller 25.
— — Liebner 747.
— purpuraartige, bei Leukämie mit Megazyten, Weissenbach, Martinet, Raulot-Lapointe, Bourdillon u. Ronget 697.
— Quaddelbildung auf normaler Haut, Walzer 225.
— Spät-, mechanische, Urbach u. Fasal 810.
— und Asthma, Keevil 810.
— unmittelbare physiologische Haut, Paul 660.
— Wärme-, Lehner u. Rajka 596
*— zur Ätiologie, Skála-Rosenbaum 205.
Urtikarieller Effekt adrenalinähnlicher Substanzen, Chen 598.
Uteruserregende Substanz der Meerschweinchenhypophyse nach Kastration und Röntgenbestrahlung der Ovarien, Siegert 401.
UV-Lichtempfindlichkeit bei Kindern, Hickel 419.
UV-Lichterythembildung, Jausion u. Dufestel 419.

Digitized by Google

Vakzinale Enzephalitis, Nettes 202.
— — experimentelle Untersuchungen, Bijl u. Frenkel 202.
— — — — Gildemeister 203.
— — in der Normandie, Dévé 202.
— — klinische Beobachtungen, Huber 203.
— Exantheme, Ätiologie der, Gans 202.
Vakzination s. auch Impfung, Pockenschutzimpfung.
— postvakzinale Enzephalitis in Frankreich, Baron 572.
— zerebrale Komplikationen, Gins 571.
Vakzine der Ohrmuschel, Löhe 146.
— des weiblichen Genitales, Fischer 756.
— Eczema vaccinatum, Bullmann 498.
Vakzineenzephalitis, Netter 857.
— zur Frage der, Keller 475.
Vakzine, generalisierte, mütterliches Serum bei, Dickmann 571.
— — spontane, Spicca 496.
— Kuhpockenkondylome, Brain 290.
Vakzinevirus, Generalisierung beim Menschen und Versuchstier, Gins, Hackenthal u. Kamentzewa 571.
Varicella s. auch Windpocken.
— beim Kinde nach Zoster lumbalis der Mutter, Fuhs 286.
Varicocele idiopathica, Smirnoff 197.
Varikoklusor bei Injektionsbehandlung variköser Venen, Theis 473.
Variköse Geschwüre, verödende Einspritzungen und Zinkleimverband, Jacquet 33.
Variköser Symptomenkomplex, Behandlung der Dermatosen mit intravenösen Injektionen von salizylsaurem Natrium, Kofmann 472.
— Zustand und Komplikationen, Dind 722.
Varikozele, Klinik und Therapie der idiopathischen, Ebner 730.
Variola s. auch Pocken.
— und Pockenschutzimpfung, Leschke 857.
Varizellen s. auch Herpes zoster.
— Herpes zoster nach, Dietl 475.
— Schutzimpfung gegen, Sehestedt 571.
— — nach Késmársky, Siegl u. Rupilius 571.
Varizellenblutimpfung, prophylaktische, Orosz 571.
Varizen s. auch Krampfadern.
— Behandlung mit intravenöser Injektion, Immel 472.
— Injektionsbehandlung, Payne 472.
— Injektion von Varicophthin, Polák 564.
— Schmerz als leitendes Symptom bei Injektionsbehandlung, Colt 810.
Varzengeschwulst, epitheliomartige, 914
heilbare, Gougerot 819.
Vena cava inferior, Verletzungen der, Nora 750.
Vendispansäre, Standartisation der klinischen Untersuchung und Behandlung der Luetiker, Ischernogubow 41.
Venen, variköse, chemische Obliteration, Kern u. Angle 472.
Venerische Krankheiten s. auch Geschlechtskrankheiten.
Verätzung durch Kunstdünger, Oppenheim 287.
Verbrennung, Behandlung der, Awrow 129.
— mit Fluorwasserstoffsäure, Schwefelbehandlung, Slomnesco 468.
Verbrennungskeloid, riesengroßes, Balassa 26.
Verbrennungstod, histologische Befunde, Vogt 128.
Verbrühung mit nachfolgender Pigmentation, Schoenhof 657.
Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten, Tagung der Gesellschaft für 132.
Vererbung der Hautkrankheiten, Siemens 38.
Veronalexanthem, Lilienstein 351.
Verruca s. auch Warze.
Vigantol, Hautveränderungen nach, Rodecurt 526.
Vitaluxlampen, Gleichwertigkeit mit der Sonne, Dannmeyer-Rüttenauer 419.
Vitamin A, Hautveränderungen durch Fehlen von, Frazier u. Chuan-Kuei Hu 876.
Vitaminversuche mit kohlehydratfreier Grunddiät, Caspari, Ottensooser, Fauser u. Blothner 528.
Vitiligo an Druckstellen, Schönhof 557.
— bei erworbener Syphilis, Lacapère 394.
— — Neurolues, Buschke 146.
— Beziehung zu Alopecia areata und Sklerodermie, Brown 248.
— — — — — — — Roxburgh 249.
— der Temporalseite, Buschke 146.
*— mit überempfindlicher lichenoider Randzone, nach Chromsäuredermatitis, Werther 766.
*— Silberreaktion an der Hautoberfläche und Sensibilität, Woronoff 105.
— Suttonsche Dermatose, Acrodermatitis atrophicans einseitig handschuhförmig, Habermann u. Kutsch 352.
— und Sommerprurigo, Weinberger 388.

Wärmeurtikaria, Lehner u. Rajka 596.
Warze s. auch Verruca.
Warzen und Kondylome, Immuntherapie, Biberstein 875.

Digitized by Google

Wasserstoffionenkonzentration der Haut, Marchionini 594.
Wiesendermatitis, Spitzer 455.
Willan, Porträts von, Laue 223.
Wimperepithelien, Wirkung verschiedener Heterosera auf die Bewegung der, Umeda 562.
Windpocken s. auch Varicella.
Woodsches Licht in der Dermatologie, Margarot u. Devèze 356.
Wunden, Röntgenbehandlung von, Freund 469.

Xanthelasmen und tuberöse Xanthome am Auge, Freund 690.
Xanthom, Freund 591.
— Fettstudien beim, Wile, Eckstein u. Curtis 227.
— multiples, Richter 621.
Xanthoma diabeticum, Doctor 220.
— juvenille, Mandel 746.
— multiforme generalisatum von familiärem Charakter, de la Portilla 751.
— tuberosum multiplex, Hoffmann 839.
— — — Rusch 287.
Xanthomatöse Degeneration in Narben tuberöser Syphilide, Gottron 689.
— Veränderungen der Haut, Richter 816.
Xanthomatosis, zwei Fälle, Blumenthal 774.
Xeroderma pigmentosum, Beron 870.
— — fruste, Naegeli 724.
— — Zinsser 842.

Yaws, Keratitis durch Inokulation mit Shibata 124.

Zehen, Dermatose zwischen den, von Kulturen Autoinokulation, White 22[illegible]
Zirkumzision, Greifzange für, Pollock 294.
*— prophylaktische, Leuchter 653.
Zivil- und Strafrechtspflege, Beziehungen des Arztes, Ebermayer 759.
Zona s. Herpes zoster.
Zoster s. Herpes zoster.
Zucker, Zurückhaltung im Blut bei einigen Hautkrankheiten, Tonian u. Lewis 560.
Zunge, Ulzeration der, Juvin 718.
Zystinurie, familiäre, Thin 784.
— Zystinstein im Harnleiter, Sum-Schick 625.
Zystitiden, Behandlung mit Bakterienkulturfiltraten nach Besredka, Leuchenberger 194.
Zystitis s. Harnblase.
— primäre und sekundäre katarrhalische, Lieben 726.
— und Pyelitis chronica, Behandlung mit Subkutin, Seyderheim u. Klare 727.
— — Zystopyelitis, Uronovan bei, Raabe 403.
Zystokop, Führungs-, Schneider 195
Zystoskophalter, neuer, Rüder 197.
— — Frank 805.

Digitized by Google

Namenverzeichnis

* bedeutet Originalarbeit

Abel, K., Behandlung des Scheidenkatarrhs und Erosionen der Portio vaginalis mit Ormizetten 755.
Abeshouse, B. S. u. Goldstein, A. E., Röntgenuntersuchung von Niere und Ureter während der Operation 292.
Abramian, A. Ja., Großer Stein der Urethra 804.
Abricosoff s. Pinard.
Adair, F. s. Frost, K.
Adelsberger, L., Anaphylaxie und Atopie 427.
— — Überempfindlichkeitskrankheiten 786.
Adler 781.
Adler-Rácz, A. v., Magen-Darmstörungen nach Nierenoperationen 196.
Adrian u. Diss, Histologische Untersuchung von Poikilodermie 30.
Ahman, G., Behandlung der angeborenen Syphilis mit Impfmalaria 844.
Ahringsmann, H., Historische Bemerkung zur Diätbehandlung der Tuberkulose nach Gerson 576.
Akagi, S., Trichosporia cutis psoriasiformis progressiva Asahi und Akagi 122.
Alden, H. S. s. Jones, J. W.
Alexander, Acrodermatitis chronica atrophicans 147.
— Erythema induratum und Skrofuloderm 147.
— Isolierter Lupus erythematodes auf dem behaarten Kopf 778.
— Poikilodermia vascularis atrophicans Jacobi 147.
— A. s. Bruhns.
— — Lipogranulomatosis subcutanea 527.
— — Syphilisähnliche Exantheme an den äußeren Genitalien weiblicher Kinder 56.
— H., Trockenbehandlung des Scheidenfluors 755.
Alice s. Pautrier, L.-M.
Alissoff, P. A. u. Faibitsch, M. M., Experimentelle Gonorrhoe 397.
Allander, A.-L. s. Tillgren, J.
Allard, E. u. Wotzka, Diagnostische Agglutination und Vakzinetherapie der Tuberkulose mit einem umgewandelten Tuberkelbazillus 258.
Allison, R. G., Lungensyphilis 604.
— S. F. s. Peters, B. A.
Almeida, Th. de, Lepra in Brasilien 204.
Almkvist, J. 816.
Althausen, W., Sarkoid Boeck 522.
Altmann 219, 220.
Ambrogio, A., Immunerscheinungen beim Tripper 464.
André u. Francfort, Polykystische Nieren, Stein und perinephritischer Abszeß 422.
Andreew, Iw., Erysipelbehandlung 131.
Andruszewski 491.
Angle, L. W. s. Kern.
Aoki, T., Frühdiagnose und Therapie der Lepra. Behandlung mit Leprosin 724.
*— — u. Aoki, Y., Diagnose und Therapie der Lepra mit Berücksichtigung der intravenösen Jodnatriuminjektion 438.
*— Y. s. Aoki, T.
Arata, I., Fuchsinkörnchen in ekkrinen Schweißdrüsen 425.
Archambault, G. u. Marin, A., Elektrodesikkation in der Dermatologie 390.
Area, Leao, A. E. de s. Fonseca, O. de.
Ariewitsch, Erythrozytensenkung bei NS-Eingießungen an Kaninchen 522.
*Arijewitsch, A., Pilzerkrankungen der Augenlider und Wimpern 683.
Arndt 689.
Arning 346, 348, 350, 352.
Aronstam, N. E., Die Quelle der Menschenscheu 291.
— — — Onychophytosis mit günstigem Ausgange 660.
— — — Sklerodermie nach Trauma 662.

Digitized by Google

Artom, Akquirierte Syphilis Hereditär-luetischer 876.
— M., Endomykosis der Haut 460.
— — Exanthem durch Syntalin 496.
— — Fieber- und Malariabehandlung bei Tabes 151.
— — Kindliche Akrodynie 465.
Arzt, Mycosis fungoides im infiltrativen Stadium 288.
— Naevus atrophicans unilateralis comedonicus 286.
— Naevus sebaceus 286.
— L. 816.
— — u. Fuhs, H., Hauterkrankungen durch Leukosen und Leukoblastome 357.
Aschner, Chemische Behandlung äußerer Karzinome 788.
Awguschewitsch, P. L., Elephantiasis des oberen Augenlides, Hemihypertrophia faciei und Hydrophthalmus 154.
Awrow, Behandlung der Verbrennung 129.
Axmann, H., 40 Jahre Lupusbekämpfung 254.

Baar, Epidermolysis bullosa hereditaria 839.
Babkoff s. Kljuchin.
Babonneix, L. u. Lonjumeau, P., Knochenmißbildungen besonderer Form, wahrscheinlich kongenitale Syphilis 298.
Bachem, C., Adsorptionstherapie mit Silargel und Adsorgan 102.
Badrian, M., Unauffällige Penisklemme 661.
Baer, H. L. s. Hollander, L.
Baerthlein, K., Bakteriologie des Ulcus cruris varicosum 471.
Baeten, G., Vollständige Nierendrehung 422.
Bäumler, Christian 532.
Bagdatowa-Jonkowa, E., Pemphigus vulgaris im Kindesalter 814.
Bagnoli, N., Lichen-planus-Debatte in Straßburg 496.
Bailey, H., Vortäuschung subkutaner Harnextravasation durch Anasarka 661.
Bain, L. W., Antimonbehandlung der Acne rosacea 498.
Bak, Condylomata acuminata der Harnröhre 524.
Balassa, Ausgebreitetes Röntgenulkus 27.
— Riesengroßes Verbrennungskeloid 26.
— B., Neue Indikationen der Proteintherapie 563.
Balbi, Experimentelle Superinfektion bei Syphilis 876.
Baliña, P. L., Schanker und psoriasiformes Syphilid bei hereditärer Psoriasis vulgaris 844.
Ball, A. s. Evans, N.
Ballin, L., Schwangerschaft und Geschlechtsverkehr 758.
Baló, I., Virulenzänderung des Herpesvirus unter Einwirkung verschiedener Bakterien 474.
Balog 781.
— Paul, Neosalvarsan bei Herpes recidivans neuroticus 617.
Ballagi, J., Dermatologische Mykologie 599.
— Stephan 44.
Ballenger, E. G., Elder, O. u. McDonald, H. P., Periprostatische Infiltrationsanästhesie bei suprapubischer Prostatektomie 664.
Bancroft, I., Selektive Wirkung des Radiums 292.
Bandel, R., Reichszählung der Geschlechtskrankheiten 1927 294.
Bandler 385.
— Erythrodermie nach Psoriasis 656.
Barbellion, P., Vakzinetherapie der akuten Gonorrhoe 421.
Barber, Allergische Eruptionen 876.
— H. W., Lichen planus mit den Nerven entsprechender Verteilung 323.
Barbier, G., Pagetsche Erkrankung mit tiefem Mammakarzinom 696.
Barnes, R. W., Kongestionen der Prostata und der Samenblasen 294.
Barok, L., Salvarsanwirkung auf die Leber 330.
Baron, P., Postvakzinale Enzephalitis in Frankreich 572.
Barral, Ph. u. Rousset, J., Schwefelgehalt des Harns bei exfoliierenden Dermatosen 720.
Barreau, E., Operative Reduktion des Nierenparenchyms 195.
Barth 321.
Barthélemy, Syphilis nach Verletzung und Beziehung zu Arbeitsunfällen 849.
— R., Traumatische Syphilis der Knochen und Gelenke 843.
— — u. Cohen, R., Ikterus mit Exanthem durch Salvarsan 396.
— — s. Burnier.
— s. Gougerot.
Baschkirzew, Chemo-Vakzinotherapie der gonorrhoischen Erkrankungen 12[illegible]
Bassewitz, E. v., Analekzem durch Salvarsol und Treparsol 359.
Batunin, Impetigo herpetiformis beim Manne 524.
Bauer, H., Ausscheidung des Myosalvarsans 782.
— R., Spirozid bei postluetischen Erkrankungen innerer Organe 359.
— R. u. Schwarz, J., Behandlung der weiblichen Gonorrhoe auf Grund statistischer Erhebungen 702.

Digitized by Google

Baum 782.
Beck 26, 28.
— Soma 816.
Becker, S. W. u. Muir, K. B., Tinea amiantacea 223.
Bedrna, J. u. Simon, J. B., Pneumopyelographie bei Nierenbeckentumoren 420.
Beer, H., Haematoma unguale traumaticum 566.
Begg, R. C., Samenhügel bei Störungen der Harnentleerung und sexuellen Funktion 321.
Bégouet, M., Grenzen der Spezifität der Gramschen Reaktion 101.
— — Mechanismus der Gramschen Methode 100.
Bejarano s. Covisa.
— J., Cheilitis glandularis 36.
— — u. Enterria, E., Fall von Lepra maculo-anaesthetica 36.
— — — — — Pseudotabes syphilitica 751.
— — — — — Urticaria haemorrhagica 751.
— — u. Portilla, F. J. De la, Antivenerische Organisation von Madrid 37.
Beintema, K., Primärkultur von Dermatophyten von pleomorphem Aussehen 30.
Beintker, Hautkrankheiten nach der neuen Verordnung über Unfallversicherung 468.
Belding, D. L., Provokative WR 254.
Belgodère 816.
— Pigmentbildung in luetischer Ulkusnarbe 34.
— G., Schmerzhafter Knoten am Ohr 391.
Bellot, V., Hämorrhoidenverödung in einer Sitzung 757.
Belonovski, G. D., Opsonisation der Medikamente 786.
Belooussova, A. I., Bacillus eczematicus 198.
Benedek 621.
— Schizosaccharomyces hominis 593.
— Schizosaccharomykose 875.
— T., Schizosaccharomykid mit pityriasiformen und pompholyziformen Efflureszenzen 633.
— — u. Greif, U., Zur Kenntnis und Therapie des pompholyziformen Schizosaccharomykids 166.
Benjamowitsch u. Maschkilleisson, Striae cutis atrophicae 523.
Bennardi, A. M., Harnaustritt nach Ruptur der Urethra membranacea 662.
Berde, K. v., Fadenpilzkolonien unter Wirkung des Lichtes 186.
*Berde, K. v., Fibroepithelioma angiomatodes am Penis 375.
*— — — Hat die Zahl der syphilitischen Infektionen in Ungarn abgenommen? 715.
*— — — Lymphangiektasie des Mons pubis 371.
*— — — Seltene Penisverletzung 377.
*— — — Scleroderma circumscriptum praeputii 370.
Berenstein, Arbeit des Venpunktes in Beresdowo 522.
Beretvás, L., Subkutanes Angioma cavernosum der oberen Extremität 563.
— Leopold 604.
Berg, Acne necrotica 348.
— Acrodermatitis atrophicans 348.
Bergel, 592.
— Heilbarkeit der Syphilis und Immunität 148.
— Reinfektion, Superinfektion bei Syphilis 875.
— S. 781.
— — Weitere Mitteilungen zur Biologie und Färbung der Syphilisspirochäten 302.
Bergell 593.
Beridse, Geschlechtsleben der Arbeiter in Kutais 120.
Beriel, L. u. Rousset, J., Rückenmarkssyphilis von Form der Erbschen Paraplegie 721.
Bering 841.
— Fr., Behandlung der Syphilis 672.
Bernay, A., Möglichst große Salvarsandosen mit möglichst geringem Risiko 845.
Bernhardt, L., Behandlung des Schleimhautlupus mit salzarmer Kost 87.
— — s. Bommer, S.
*Bernstein, Eugen, Hemiatrophia alternans facialis progressiva mit halbseitiger Alopezie, Pigmentverschiebung und Hautatrophie 235.
Beron 704.
— Antipyrin-Exanthem 871.
— Dermatitis exfoliativa adultorum 871.
— Endemische Syphilis in Europa, insbesondere in Bulgarien 870.
— Tuberkulose der weiblichen äußeren Geschlechtsorgane 875.
— Xeroderma pigmentosum 870.
— B., Anormale Lichenifikation 233.
— — Bekämpfung der venerischen Krankheiten in Bulgarien 41.
— — Syphilis im Laufe der Jahrhunderte 259.
Bertaccini, G., Dehydrogenation in mit Ultraviolettlicht bestrahlter Haut 465.
— J., Endokrine und nervöse Störungen bei Pemphigus 464.

Digitized by Google

Bertin, E., Nayrac, P. u. Breton, A., Sperma tuberkulöser Lungenkranker 859.
Besancon, J. H. s. Weidmann.
Bettmann, Atmosphäre in Hauterkrankungen 875.
*— Veränderungen der Hautfelderung an der Leiche 161.
— S., Kapillarmikroskopische Untersuchungen bei experimentellen Kutanreaktionen 186.
Bezecny, Erythema migrans behandelt mit Schweinerotlaufserum 558.
— Erythrodermie nach Ekzem 658.
— Maligne spitze Kondylome 559.
— Tuberkulöses Ulkus mit satellitenförmigen Lupusknötchen 659.
— R., Seltene Hauttumoren 876.
Biberstein, Immuntherapie der Warzen und Kondylome 875.
— H., Histologie der interdigitalen Mykose 596.
— — u. Linke, H., Blutzuckerbestimmung bei Ekzem, Psoriasis, Lichen Vidal und Ulcus cruris 188.
Bierbaum, K. u. Gottron, H., Zur Kenntnis des Erysipeloid Rosenbach 191.
Bijl, J. P. u. Frenkel, H. S., Experimentelle Untersuchungen über Encephalitis postvaccinatoria 202.
Biltris, R., Variabilität des Artcharakters der Hautpilze 198.
Björling, E., Röntgenbehandlung des Ekzems 326.
Bisher, W., Nichtchirurgische Diathermie 294.
Bizard, L. u. Saïas, L., Furunkulose geheilt mit d'Hérelleschen Bakteriophagen 130.
Blanc, H., Fettsteine der Blase, Oleolithen und Medikamentensteine 750.
— — Phenolsulfophthaleinprobe bei experimenteller Tuberkulose der einseitig übrigen Niere 420.
Blancani, E. u. H., Infrarote Strahlen in der Dermatologie 392.
Blatt, Livedo racemosa 491.
— Lues gummosa und Leucoderma specificum 492.
— Lues tuberoserpiginosa 492.
— Lupus vulgaris und Tuberculosis papulonecrotica 492.
— Sclerodermie en bande 491.
— Tuberculosis verrucosa cutis 492.
— Tuberoulzeröse Lues der Nase und Oberlippe 492.
*— O., Behandlung der Hauttuberkulose mittels Jodlebertraninjektionen nach Jaczewski 741.
Blaustein, N., Wirkliche Nierenschmerzen im Gegensatz zu Nierenkolike 662.
Blesse, H. S., Behandlung der Lues cerebrospinalis mit salvanisiertem Serum 675.
Bloch, Beziehungen des dysidrotischen Ekzems der Hände zur Fußmykose 721.
— Nachuntersuchungen bei vor 10 Jahren behandelten Luetikern 722.
— A., Lachgasnarkose in der Urologie 193.
— B., Ekzem vom Standpunkt der Idiosynkrasie 497.
— Br., Heilwirkung des Jods bei Sporotrichose 723.
— Bruno 476.
Blonstein, J. L., Hämophilie beim Neugeborenen 127.
Blothner, E. s. Caspari.
Blum s. Gougerot.
— u. Bralez, Parapsoriasis nigricans 847.
— P., Infektiöses Erythem vom 9. Tage unter Form eines Erythems und einer Purpura 748.
— V., Ureterektomie 193.
Blumenberg, W., Zur Methodik der Tuberkelbazillenzüchtung 256.
Blumensaat, C., Neuer Befund in Knabenhoden 727.
Blumenthal, Zwei Fälle von Xanthomatosis 774.
— s. Nicolau.
— Boluser u. Höfer, Therapie der Hauttuberkulose 875.
— F. u. Jaffé, K., Amalgamplomben als Ursache von Quecksilberdermatitis 432.
— G. s. Otto, R.
— — u. Saito, T., Guttadiaphot für Diagnose der Lues verwertbar 330.
— M. s. Nicolau.
— N. L., Perinephritische Abszesse 861.
— — — u. Jakowleff, A. J., Neue Modifikation der aktiven Methode 67.
Blut 352.
*Boas, H., Schnellreaktion nach Kahn 771.
— — u. Sodemann, T., Einfluß der kongenitalen Syphilis auf Schwangerschaft, Entbindung, Nachkommenschaft 843.
Bode, O., Iontophoresebehandlung der weiblichen Gonorrhoe 400.
Boddin, M., Nachuntersuchung von Kindern mit Erythema nodosum und Tuberkuloseinfektion 474.
Boehm, W., Blastomykose des Gesichts 92.
Boeters, Lösung eines schwierigen Sexualproblems 758.

Digitized by Google

Boluser s. Blumenthal.
Bommer 185.
— Diätbehandlung von Lupus vulgaris 183.
— S., Ernährungsbehandlung der Hauttuberkulose 255.
— — Fürsorgebehandlung des Lupus vulgaris 600.
— — Grundlagen und Ausblicke der Diätbehandlung des Lupus vulgaris 575.
— — Sichtbare Fluoreszenz beim Menschen 325, 664.
— — u. Bernhardt, L., Ernährungsbehandlung des Lupus vulgaris 259.
Bonar, L. s. Legge.
Bonjour, Gemütseinfluß auf die Haut 249.
Bonne, C. u. Lodder, J., Mycosis fungoides verwandte Allgemeinerkrankung 855.
Bonnin s. Littauer.
Bonomo, J. s. Montpellier.
Boquet, A. s. Nègre, L.
Borissowskij, Dauer der Inkubationsperiode beim Tripper 524.
Bornand, M. s. Galli, Valerio, B.
Borrel, Entstehung des Krebses 788.
Bory, L., Chronische Urtikaria 473.
Bosellini, Pier Lodovico 532.
Bosonnet, G. s. Gaté, J.
Boss, Adolf, Färbung von Fadenpilzen in Kulturen 482.
Boulanger, L., Ist trüber Harn stets Eiterharn 752.
— — Verkannte einfache Urethritis 402.
Bourdillon, Ch. s. Weißenbach.
Bourgin, P., Zoster varicellosus 474.
Boutelier, A., Schwefelquellen in Behandlung der Syphilitiker 34.
Boyd, M. L., Strikturen des Meatus urethrae bei Mädchen 754.
— — — Wismut wird absorbiert 673.
Boyer, P., Wismutliteratur 35.
Brack, W., Halbseitige Atrophie der Haut und Muskeln 723.
— — Jod in Blut, Urin und Hautblasenflüssigkeit 722.
Brain, R. T., Acrodermatitis continua 323.
— — — Ektodermaler Defekt 846.
— — — Kuhpockenkondylome 290.
— — — Zwei Fälle von Poikilodermie (Civatte) 323.
Bralez s. Blum.
Brandes, K., Behandlung der Nebenhodentuberkulose mit Operation und Röntgenbestrahlung 729.
Brandt, Immunität bei experimenteller Syphilis 875.
Brann 348, 354.
— Pemphigus vulgaris 347.
Brant, De Pestilentiali Scarra 223.
Braude, R. u. Rossiansky, Strichförmige Dermatosen 522.
— — — Sarchi, M., Klinik, Histologie und Therapie der Sycosis non parasitaria 324.
Braun 780.
Breinl, F., Immunität bei experimenteller Syphilis 630.
Bremener, Das Wesen des Leukoderma 876.
Breton, A. s. Bertin, E.
— — s. Grysez.
Brezovsky, Carcinoma penis 23.
— Erythema pernio 23.
— Lues tubero-serpiginosa ulcerosa 23.
Briel, Sclerodermie en bandes auf der Stirn 219.
Brill, A. A., Sexualität und Arzt 661.
— E., Gleichzeitige syphilitische Hauterscheinungen mit Metalues nach Malariabehandlung 596.
— — H. 604.
Brinitzer 350, 353.
— Pseudopelade 351.
Brock, J.-H. E., Meningo-Encephalitis 857.
Bromer, R. S. s. Pendergrass.
Bronner, Allrussische Tagung zur Bekämpfung der venerischen Krankheit 43.
Bronstein u. Skljar, WR und Kahnsche Reaktion bei Kaninchen 523.
Brown, H., Alopecia areata, Beziehung zu Vitiligo und Sklerodermie 248.
— — s. Klauder, J. V.
— J. s. Ketron, L.
Bruck 183.
— C., Angebliche Gefährlichkeit intravenöser Gonokokkenvakzineinjektionen 316.
— — Potentielle Blutserumreaktion bei Hautkranken und Graviden 243.
Brucker, R., Einwirkung von Ergotamin auf Dermographismus 429.
Brüda, B. E. u. Pfeiffer, H., Bedeutung der Milz und des Retikuloendothels für Abwehr bösartiger Impfgeschwülste der Ratte 529.
— E. u. Koszler, V., Einfluß des Serums anämischer Tiere auf Tumorwachstum 156.
Brügel, S. s. Perutz.
Bruhns 591, 780.
— Acrodermatitis atrophicans an Arm und Hand 620.
— Erythrodermie pityriasique en plaques disséminées 692.
— Lichen ruber verrucosus und Neurodermitis 692.
— Lues maligna 620.

Digitized by Google

Bruhns, Lupus erythematodes durch Triphal gebessert 592.
— Lupus vulgaris? Zirkumskripte subleukämische Lymphadenose? 778.
— Neurodermitis faciei 591.
— Papulonekrotisches Tuberkulid an den Beinen 592.
— Papulonekrotisches Tuberkulid im Gesicht 620.
— Persistierendes Ödem der Wangen und Stirn 592.
— C., Achorien bei dem Verfahren nach Wilenczyk und über „Organes nodulaires" 49.
— — Alexander, A. u. Kadisch, E., Infektionsquellen bei Pilzerkrankungen der Haut 566.
Brünauer, Knotenbildungen über Gelenken 875.
Brunner, T., Endolumbale Behandlung parasyphilitischer Affektionen 331.
Bruusgaard, E. 816.
Büben, J. v., Radiumtherapie des Vulvakarzinoms 756.
Buchbinder, Phlebektasien auf angeborener Grundlage 348.
— Phlebektasien der Achselhöhle mit Kavernombildung 348.
Bucky, G., Stand und Ausblicke der Grenzstrahltherapie 126.
Buengner, M. v., Zusammensetzung des menschlichen Fettgewebes 425.
*Bugarski, S. s. Gjorgjevic, Gj.
Bureau, J. s. Jeanselme, E.
Burger, M., Lage des Harnblasenkatheters im Röntgenbilde 726.
Burgess, N., Chloridgehalt des Blutes bei Ekzem 223.
Burnier, Goldsalze bei Hauttuberkulose 149.
— s. Gougerot.
— R., Barthélemy, R. u. Cohen, R., Rubeolaartiges Exanthem im Primär-Sekundärstadium 396.
Buschke 620, 621, 777, 779, 780, 781.
— Acrodermatitis chronica atrophicans 777.
— Artifizielles Ulkus 692.
— Atrophie des subkutanen Fettgewebes 145.
— Atypisches Erythema multiforme 620.
— Dermatitis herpetiformis 691.
— Erythema induratum 691.
— Karzinom des Penis 146.
— Karzinom des Penis nach Verbrennung 146.
— Keloide 620.
— Lichen ruber verrucosus 620.
— Lues maligna 691.
— Luetische Zerstörung der Nase 691.
— Mikrosporid 620.
Buschke, Monilethrix 691.
— Neurofibromatose 146.
— Peniskarzinom nach Verbrennung 146.
— Reinduration 620.
— Rittershainsche Erkrankung 146.
— Röntgenverbrennung 621.
— Skrofuloderma 777.
— Tuberoserpiginöses Syphilid 620.
— Ulcera cruris 777.
— Ulcus molle am Penis und Panaritium 778.
— Universeller Lichen planus 691.
— Vitiligo bei Neurolues 146.
— Vitiligo der Temporalseite 146.
— A., Lues bei Mutter und Kind 297.
— — Thallium 565.
— — u. Joseph, A., Allergische Hautreaktionen und Beeinflussung durch Jod 426.
— — u. Kaufmann, E., Syphilisfrequenz im Krankenhaus 41.
— — u. Loewenstein, L., Fragebogen über Gonorrhoe 783.
— — u. Peiser, B., Biologische Wirkungsweise des Thalliumazetats 151.
Buschmann, H., Tuberkuloseschutzimpfung mit BCG nach Calmette 57.
Busquet, H. u. Vischniak, Ch., Toxizität der wasserlöslichen Wismutsalze beim Kaninchen und Hunde 330.
Buss, G., Amerikanische Hautleishmaniose 188.
Bussalai, Metabolismus des Schwefels 876.

Cady, L. D. u. Ewerhardt, F. H. Febrile Körpertemperaturen bei Behandlung wassermannfester Syphilis 250.
*Callomon, Fritz, Multiple Hautinfektion bei Milzbrandübertragung 505.
*— F., Serumkrankheit und Rotlaufimmunbehandlung beim Erysipeloid 816.
— — 816.
Calmann, A., Behandlung des Ulcus der Virgo intacta 755.
Calmette, A., Valtis, J. u. Saenz, A. Filtrable Elemente des Tuberkulosevirus 256.
Caluzzi, N., Natriumthiosulfat als Gegengift des Thalliums bei Epilationskuren 462.
— — Thallium bei Trichophytien der Kopfhaut 460.
Calvin, N. s. Sainz de Aja, E. A.
Campagne, M., Syphilitische Pankreatitis, Diabetes vortäuschend 297.
Campbell, M. F., Abszedierende Epididymitis bei einem Kinde 729.
Cana'an, T., Jodkalibehandlung der Lepra 858.

Digitized by Google

Lange, A., Die sogenannte kongenital-syphilitische Tibia kann Manifestation der Tuberkulose sein 300.
Lannon, Arsenretention bei Syphilis 876.
Lapelli, Inokulation autogenen Materials bei Lupus 876.
Laporale, L., Enervation des Ureters 421.
Lappeli, J., Radium-Röntgentherapie der bösartigen Tumoren 460.
Larcia, A. R., Vergleichende Untersuchungen zwischen den Reaktionen von Meinicke, Wassermann und Kahn 37.
Larle, Das neue deutsche Gesetz über die Geschlechtskrankheiten 873.
- Intertrigo einst und jetzt 812.
Larner, V. C. s. Stokes.
Laro, F., Blutprobe und Kammergericht 785.
Laronini, C., Mikroskopische Unterscheidungsmöglichkeiten zwischen tuberkulöser und luischer Nekrose 786.
Larr, A. D., Akute syphilitische Meningitis 251.
Larroll, G., Elektrischer Prostataheizer 293.
Larson, J. G. s. Rodin.
Larteaud, s. Gougerot.
Lartia, B., Hautsyphilide bei einem Tabiker 466.
— Proteinprognose der Syphilis mittels Intrakutanreaktionen von aspezifischen Proteinen 465.
Lartier, P. s. Delbet.
Lasazza, Akute Eruptionen bei Leprösen mit Berücksichtigung des leprösen Erythema nodosum 150.
Laspari, W., Ottensooser, F., Fauser, M. u. Blothner, E., Vitaminversuche mit kohlehydratfreier Grunddiät 528.
Lasper, W., Gonokokkenzüchtung auf Blutwasseragar 397.
Lastellani 476.
Lastelli, 8 Jahre Arsenobenzoltherapie 876.
Lastellino, P. G., Seroflockulationsmethode mit Galle als Antigen 151.
Lastens, E., Bedeutung der Kahnschen Reaktion 670.
Latanei, A., Pathogenität von Trychophyton violaceum und glabrum für Tiere 198.
— Veränderungen der Kulturen eines Trichophyton gypseum im Verlaufe des Alterns 855.
Lavallucci, Purpura anularis telangiectodes 876.
Lawston, F. G., Ursache und Behandlung der Bilharziakrankheit 662.
*Lazarus, Die zweite Verordnung über die Ausdehnung der Unfallversicherung auf Berufskrankheiten in ihrer Bedeutung für die Dermatologie 408.
*Lazarus, Feigenbaumdermatitis 733.
Lazatellier, L., Zum Tode führender Sarco-lupus pernio mutilans 847.
Lazaumerliac s. Lanzenberg, P.
Lazauvin, E. u. Rouslacroix, Knochenbildungen in Narben hypogastrischer Schnitte 421.
Lazompret u. Dechaume, Tuberkulöse Ulzerationen im Munde 694.
Lazorazak, Recklinghausensche Krankheit 491.
— Epitheliom der Unterlippe 492.
Lazoremis, K., Allergie und Azidose 426.
*Lazoroschin, M. G., Epidemiologischer Gegensatz zwischen Ulcus molle und Scabies 489.
Lazrapkowskaja u. Kontschilow, Geschlechtsleben der Arbeiter in Saratow 120.
Lazuan-Kuei Hu s. Frazier.
Laziambellotti, E., Behandlung von Krampfadergeschwüren 462.
— — Dermatitis herpetiformis des Gesichts auf anaphylaktischen Basis 461.
— — — Ersatz der gebräuchlichen Lipoidextrakte bei der WR durch alkoholische Phenollösung 496.
— — — Fehlerquellen bei Bestimmung des respiratorischen Quotienten und Grundumsatzes bei Hautkranken 493.
— — — Hodenextrakte und keratoplastische Wirkung 494.
— — — Strontium bei tabischen Schmerzen 876.
Laziarrochi, L., Leukozyten in Sekreten und Phlyktänen der Haut 495.
Lazinca, M., Franke, M. u. Vitner-Rosenthal, Z., Vakzination mit BCG 231.
Lazivatte, Pruritus und Prurigo lymphadénique 666.
Lazaude, Schaffung von Zentren für Malariabehandlung 360.
Lazeveland, E. H., Leukämie als Folge bei Hautkrankheiten 226.
Lazuver, E. H., Pellagra bei Mais essenden Eingeborenen Südafrikas 525.
Lazochrane, R. G., Ephedrin bei schmerzhaften Komplikationen der Lepra 572.
Lazohen, R. s. Barthélemy.
— — s. Burnier.
Lazohn, A., lokalisierte Sklerodermie 693.
— — — Schutzstoffe bei experimenteller Syphilis 302.
Lazoignerai s. Simon.

Digitized by Google

Cole, Gammel, Sollmann u. Schreiber, Quecksilberausscheidung 876.
— H. N., Rauschkolb, J. E., Schreiber, N. E. u. Sollmann, T., Massive wöchentliche Quecksilbereinreibungen 224.
Collier, W. A., Wirksamkeit organischer Bleisalze auf Mäusetumoren 530.
Colt, G. H., Schmerz als leitendes Symptom bei Injektionsbehandlung von Varizen 810.
Comel, Haut als Sinnesorgan 151.
— M., Lehren physiologischer Chemie der Haut 465.
— — Reaktion pH bei Hauterscheinungen 467.
— — Sekretorische und thermoregulatorische Aufgabe der Haut 151.
Cookson, H., Herzsyphilis mit Aneurysma des Ventrikels 603.
Cordier, Frl. s. Rinjard, O.
Cornbleet, Th., Genitanaviolett bei Erosio interdigitalis saccharomycetica 224.
Corsdress, O., Tierfellnaevus beim Neugeborenen 527.
Corsi, H., Leiomyoma cutis multiplex 324.
Cortella, E., Dehydrogenative Vorgänge von mit Thalliumazetat vergifteten Ratten 462.
— — Epitheliom der Haut von gemischter Form 463.
Courmont, P. u. Gardère, H., Bakterizide Wirkung des Blutserums Tuberkulöser auf den Tuberkelbazillus 257.
Coste, J. s. Gaté, J.
— s. Nicolas.
Coutard, H., Röntgenbehandlung der Tonsillenkarzinome 159.
Coutelen, F., Versuche Filaria Bancrofti in Kulturflüssigkeiten zu züchten 503.
Coutts, W. E., Problem der Syphilis vom biologischen und klinischen Gesichtspunkte 253.
Covisa, J. G., Bromoderma vegetans 750.
— Bejarano u. Enterria, Abnormer Verlauf von Syphilis 876.
— — — Gay, Cheilitis glandularis et Epithelioma labii inferioris 875.
Cowan, J., Syphilis des Herzens und der Aorta 603.
Créhange s. Spillmann, L.
Crémieux, G. s. Hollande, A.
Critchley, Michael, A., Erworbene Syphilis mit interstitieller Keratitis 809.
— — — Maligne Syphilis 809.
Crohn, W. H., WR bei über Sechzigjährigen 304.
Croizat, P. s. Gaté, J.
Crosti, A., Epitheliome der Schweißdrüsen 465.
Csoma, E. s. Paunz, J.
Cummins, W. T., Smith, J. K. [illegible] dioides 569.
[illegible] doides 569.
Curth, W., Psoriasis und endokrines System 783.
Curtis, A. C. s. Wile, U. J.
Cutler, I. H., Harnverhaltung durch [illegible] Prostata 294.

Dahlem, O. s. Engelhardt, W.
Danès, A. s. Langeron.
Danilewskaja, Anorganischer Schwefel im Blut und Schweiß bei Hautkrankheiten 561.
Daniljak, J., Behandlung der Hematoma subunguale, des Unguis incarnatus und des Panaritium unguale [illegible]
Danisch, F., Impetigo herpetiformis bei postoperativer Tetanie und paranephreopirver Kachexie 500.
Daoules, P. s. Gouin.
Darier, Ätiologie und Pathogenese des Ekzems 504.
— J., Brief aus Brasilien 847.
— — Natur und Pathogenese der Tuberkulide und Sarkoide 722.
— — Sind die Fibrosarkome der Haut Dermatoneurome? 390.
Davenport, K. M., Kahn-Methode mit Spinalflüssigkeit 254.
David, Ch., Blut im Samen 730.
Davies, J. H., Atrophie der Haut [illegible]
— — — T., Sarcoma idiopathicum Kaposi 846.
Davis, P. E. s. Dennie.
— — Th. M., neues Instrument für die Resektion 663.
Davydowskij, J., Zur Frage des Lupus erythematodes acutus 559.
Deakin, R. s. Rose, D. K.
De Benedetti, L., Akridinsalbenbehandlung der Infektionen des Urogenitalsystems 460.
Debré, R. u. Ramon, G., Immunisierung durch ein Anatoxin des Scharlach-Streptokokkus 201.
Dechaume s. Chompret.
— J. s. Gaté, J.
Deelmann, Geschwulstbildung u. Trauma 788.
— H. T., Präkarzinom 528.
Delbanco, Dermatitis herpetiformis Duhring 349.
— 347, 349, 351.
— u. Müller, Entstehung der sekundären syphilitischen Exantheme 875.
Delbet, P. u. Cartier, P., Natur der tabischen Arthropathie 299.

Digitized by Google

De Meritt, Ch. L., Intravenöse Anwendung von Seewasser 661.
Denney, O. s. Hopkins, R.
Dennie, Ch. C., McBride, W. L. u. Davis, P. E., Toxische Reaktionen nach Trinitrophenol 626.
Deolindo, A., Lues und appendizitische Symptome 35.
Derbandiker, Angioma cavernosum linguae 520.
Dereux, J. u. Galiègue, R., Nervenkomplikationen des Erysipels 130.
Desjardins, A., Squire, F. H. u. Morton, S. A., Strahlenbehandlung von Hodentumoren 729.
Deutsch, J., Thalliumvergiftung mit Zelio-Rattengift 566.
Dévé, F., Vakzinale Enzephalitis in der Normandie 202.
Devèze, P. s. Margarot.
D'Hérelle 732.
Diasio, F. s. Wise, F.
Dickmann, A., Mütterliches Serum bei Vaccina generalisata 571.
Dietl, K., Herpes zoster nach Varizellen 475.
Dietzl, L., Dyskeratosis miliaris Darier 748.
- — Keratoma palmare et plantare hereditarium 748.
Dind, Variköser Zustand und Komplikationen 722.
Diss, M. A., Kutane Hämosiderosen 358.
- s. Adrian.
- s. Hufschmitt.
- s. Pautrier, L. M.
Dmitriew, Nachweis versteckter Gonokokken durch die Spermakultur 561.
- A. s. Jasnitzky.
Dobrotworskaja, Fibroma subungueale multiplex 560.
Dobrovolskaia-Zavadskaia, N., Erbliche Prädisposition beim spontanen Karzinom 157.
Doctor, E., Lichen planus und verrucosus 221.
- — Xanthoma diabeticum 220.
- R., Guttadiaphotverfahren beim Abklingen klinischer Erscheinungen 143.
Döderlein, A., Zwei seltene urologische Fälle 192.
Dörffel, Wirkung der kochsalzlosen Diät 875.
Dohan, N., Röntgenepilation der Haarzunge 157.
Dohnalová, J., Malignes anthrakotisches Ödem des Gesichts 564.
Doleschall, Ichthyosis serpentina 23.
- F. u. Kussing, N., Die neueste Luesreaktion von Meinicke 668.
- Z., Primäres Angiosarkom 855.
- — Ulcus carcinomatosum cruris 855.
Dore, S. E., Milium 846.
— — — Onychomycosis 846.
— — — Pemphigus vegetans 250.
Dormanns, E. A., Häufigkeit des Peniskarzinoms in Ostasien 704.
— — — Papillomatöse Neubildungen im äußeren Gehörgang 851.
Dorn, Erythema nodosum bei Kerion Celsi 219.
Dornblüth, Arzneimittel der heutigen Medizin 228.
Doros, Gabriel 44.
Dostrowsky, A., Behandlung der Leishmaniosis cutanea 153.
Dove, W. E. s. White, G. F.
Dowling, G. B., Epidermale Infektionen mit hefeartigen Organismen 856.
— — — Erworbene Epidermolysis bullosa 324.
— — — Hypertrophischer Lichen planus 324.
Dózsa, E., Paroxysmale Hämoglobinurie 195.
— — Um eine Haarnadel gebildeter Pfeifenstein in der Blase 196.
Draculides, N. N., Ekzem durch unspezifische Desensibilisierung geheilt 391.
Drake, J. A., Lichen planus 323.
Dreyer, Lupus erythematodes und Alopezie 840.
— Naevi 840.
— A., Reflexurethritis 195.
Dreyfuss, L., Lösungsmöglichkeiten des Salvarsans in indifferenten entgiftenden und wirkungssteigenden Flüssigkeiten 673.
— W., Phlebektomie bei Thrombophlebitis 127.
Dronnowa, K. A., Experimentell erzeugte Lepra 858.
Drouet s. Spillmann.
Druckmann, A., Schlafsucht als Folge der Röntgenbestrahlung 104.
Drügg, Thermometerverletzung mit Quecksilbervergiftung 430.
Drujon, P., Spontanausstoßung des nekrotischen Eitersacks bei Wismutabszeß 873.
Dub, Harnverhaltung 386.
Duffy, F. M., Bakterielle Ursache der Seborrhoe 226.
Dufke, Dermatitis herpetiformis 387, 658.
— Endoskopie der männlichen Gonorrhoe 383.
*— Erfahrungen mit Urandil 789.
— Erythema induratum an Oberarmen und Unterschenkeln 387.
— Formalin- und Joddämpfe bei gonorrhoischer Urethritis 384.
— gummöse Lymphome 557.

Digitized by Google

Dufke, Mycosis fungoides 557.
— Neurodermitis alba 387.
— pemphigoide Pilzaffektion an der Planta 658.
— Pityriasis lichenoides 557.
— Prurigo der oberen Körperhälfte 387.
— Toxisches Exanthem bei Gravidität 658.
— Ulcus rodens der Schläfe, Röntgenheilung 387.
Dufour, H., Bluttransfusion und Syphilis 601.
Dujardin, Malariawirkung auf den syphilitischen Organismus 667.
— 860.
Dunajewskij, Ursachen der Verbreitung der Geschlechtskrankheiten 43.
Dustin, Tätigkeit kernzerstörender Gifte 788.
Durand-Dastès s. Giacardy.

Ebermayer, Beziehungen des Arztes zu der Zivil- und Strafrechtspflege 759.
Eberson, F., Spirochaeta pallida und latente Syphilis 843.
Ebert, M. H., Histologische Veränderungen nach einmaliger Salvarsanapplikation in die Haut 595.
Ebner, E., Klinik und Therapie der idiopathischen Varikozele 730.
Echref, A., Zwei Fälle von Blasendivertikeln 750.
Eckstein, H. C. s. Wile, U. J.
Edeiken, L., Sklerodermie und Sklerodaktylie 528.
*Efron, N. u. Orlow, S., Mechanismus der Balneotherapie bei der Syphilis II. Teil 537.
Eghiayan, A., Röntgenbehandlung der Tuberkulose der Zunge 158.
Ehlers 667.
Ehrlich 803.
Ehrenwald, H., Pathogenese der Beschwerden nach Lumbalpunktion 329.
— — u. Königstein, H., Untersuchungen über das Juckgefühl 475.
Ehrhardt, K., Genitalatrophie und Vorderlappenhormon 154.
Ehrlich, Granuloma anulare am Handrücken 320.
— 320.
Eicke, Ambulante Lumbalpunktion in Theorie und Praxis 779.
— 780.
Eiger, J., Behandlung des Keloids nach Furunkel mit Jodiontophorese 501.
Einar, R., Hypogenitalismus mit Gigantismus und Ichthyosis 400.
Einhorn, M., Syphilom des Magens 627.
Einzig, O., Ureterveränderung nach Trauma 804.
Elder, O. s. Ballenger.
Elheberi, S. A., Pigmentierter Nävus der Mundschleimhaut 816.
Eliascheff, Neue Bemerkungen über Pigmentation der Haut 848.
— O., Hautdrüsen 149.
Engelhardt, Fragen der medizinischen Mykologie 875.
— W., Hautfunktion und hypertonische Kochsalzlösung 72.
— — s. Kliewe.
— — u. Dahlen, O., Chemotherapie der Gonorrhoe mit Acridinfarbstoffen 73
— — u. Geissler, H., Immunbiologische Vorgänge bei Schizosaccharomykose 594.
— — u. Welcker, K., Lenigallol in der dermatologischen Praxis 83.
Englebreth, C., 500 Fälle von Abortivbehandlung der Gonorrhoe nach Englebreth 421.
Enterria, E. s. Bejaram, J.
Epstein, B. u. Podvinec, E., Destruierende Veränderungen im Knochenschatz bei kongenital-syphilitischen Säuglingen 628.
— E., Histiozytenaktivierung in Leber, Milz und Lymphknoten des Immuntieres 101.
— G. S., Fall von paroxysmaler Hämoglobinurie 750.
Erdheim, S., Pathologie der Schweißsekretion 159.
Esau, Klimakterische Gesichtsbehaarung 565.
Eserskij, Zur Pathologie der experimentellen Kaninchensyphilis 521.
Estrada, A., Riedersche Zellen im Blut von Syphilitikern 601.
Evans, N. u. Ball, A., Granuloma coccidioides 815.
Even, P., Fixationsreaktion und die Flockungsreaktion von Vernes 545.
Ewerwardt, F. H. s. Cady, L. D.
Ewig, W., Wirkung des Fluors auf den Zellstoffwechsel 755.

Fabre, J. 860.
Fabry, J., Hauttuberkulose bei Bergleuten 860.
— — Soll man die Augengegend Radiumstrahlen aussetzen und unter welchen Bedingungen? 470.
— — Überweisung von Psoriasiskranken in radiumhaltige Bäder 499.
— — Weiterer Beitrag zur Klinik der Angiokeratoma naeviforme (Naevus angiokeratosus) 339.
Facchini, V., Serodiagnostik der Syphilis 699.
Faibitsch, M. M. s. Alissoff.

Digitized by Google

Faingold s. Golomb.
Falkenstein, Erythema gyratum simplex 840.
— Livedo racemosa 840.
— Naevus Sutton 840.
Farbach, H. J., Harnverhaltung durch gutartige Vergrößerungen der Prostata 293.
Fasal, Hauterscheinungen bei Tumoren innerer Organe 875.
— Lupuskarzinom 458.
— P. s. Urbach, E.
Fauser, M. s. Ottensooser.
Favento, de, Abortivbehandlung der Syphilis 876.
Favre, Pruritus und Prurigo lymphadénique 666.
Fedoroff, S. P., Fehler in der Diagnostik chirurgischer Nierenerkrankungen 192.
Feilchenfeld, E., Ist Behandlungszwang bei latenter Syphilis möglich? 759.
Feit, Alopecia areata und Metallretention 876.
Feldmann 220.
— A. u. Wernke, Behandlung der Sehnervenatrophie bei Tabes mit Wismut 561.
— L. s. Smelow.
Felke, H. s. Struve, W.
Fellner, M., Desensibilisierende Wirkung der Höhensonne als Heilfaktor bei Berufsekzem (Saxophondermatitis) 480.
Felsenfeld, O., Filtrable Form des Tuberkulosevirus 859.
Fernet, P., Association des Dermatologistes et Syphiligraphes de langue française 666.
Ferrari, A. V., Allergische und pharmakodynamische Reaktionen bei Lepra 495.
Ferré, G., Hydronephrosis, ihre Beziehung zu abnormer Nierenzirkulation 294.
Ferry, N. S., Ätiologie und spezifische Behandlung der Masern 200.
Fessler, Beschäftigungsakne 457.
— Gummata cutanea 457.
— Keratoma palmare et plantare hereditarium 286.
— Lupus vulgaris follicularis disseminatus 287.
Feßler, A. s. Oppenheim, M.
Fetscher, R., Problem der Inzucht 758.
Fhin, R., Familiäre Zystinurie 789.
Fidanza, Diabetes als Ursache von Ekzem 876.
— E. P., Jodisan bei tiefer Trichophytie des Bartes 389.
Filliol s. Gougerot.
Finkenrath, K. u. Ruhbaum, W., Ärztliches ABC 599.
Finnerud, C. W., Perlèche 227.
Fisch, J., Gemeinsames Vorkommen mehrerer Mikrobenarten in dem Harnapparat 749.
Fischer, Follikuläre Hautveränderungen 838.
— Riesennaevus 693.
— A., Gummöse Lungensyphilis 604.
— — Laser, H. u. Meyer, H., Wechselbeziehungen zwischen normalen und bösartigen Geweben 155.
— C. H., Steinbildung in der Restniere nach Nephrektomie 194.
— E., Boecksches Sarkoid 558.
— — Epidermolysis bullosa hereditaria bei Vater und Tochter 388.
— — Frauengonorrhoe 384.
— — Gumma nach antiluetischer Kur 387.
— — Kongenitale Lues 388.
— — Lichen nitidus generalisatus 659.
— K., Vakzine des weiblichen Genitales 756.
— M., Alkoholmißbrauch 725.
— O. s. Georgi.
— W., Boecksches Sarkoid 592.
— — Exanthem nach Eumed 621.
— — Naevuskarzinom 147.
— -Wasels 222.
— W. 780, 781.
Fischl, F., Gummen als Reizphänomen 602.
— Fr., Übergangsformen zwischen Eczema seborrhoicum und Pityriasis lichenoides chronica 191.
*— Friedrich, Histologische Grundlagen der therapeutischen Beeinflußbarkeit von Hautrunzeln 546.
— Sklerodermie mit infiltrativem Stadium der Acrodermatitis chronica atrophicans 455.
Flaks, J., Tumorwachstum und Hormondrüsen 529.
Flalin, Lokalbehandlung der Syphilis 672.
Flamm, Erythema papulosum extensum dolorosum 27.
Flandin 666.
Flarer, F., Filtrate des tuberkulösen Hautgewebes 464.
Flaskamp, W., Röntgenschäden und Schäden durch radioaktive Substanzen 152.
Flaszen, J. u. Wejtel, H., Bedeutung der alkalischen Reaktion für das Krebswachstum 528.
Flatzeck, A., Tuberkulosefragen in der Sprechstunde 232.
*Fleck, Ludwig, Pseudosyphiloma anorectale mykotischer Ätiologie (Kladiosis) 379.

Digitized by Google

Fleischmann, Lues gummosa der Brust 659.
— Lupus vulgaris und Erythema induratum 659.
— Ulcus rodens, zwei Fälle 559.
Florentin, P. s. Lavergne, V. de.
Fodor, G., Gonokokken und Einschlußkörper 700.
Förtig, Hermann 532.
Fonesca, O. de u. Area Leao, A. E. de, Pilze der brasilianischen Piedra 197.
Fontaine s. Leriche, R.
Fontana, A., Blastomykosis der Zunge 459.
Forster, A., Beeinflussung des Haarwachstums durch äußerliche Mittel 565.
Fournier, Louis 632.
— L., Guénot, L. u. Schwartz, A., Das fettlösliche Quecksilber bei der menschlichen Syphilis 332.
Fox, Howard, Mal del Pinto und Caraté 876.
— H., Tropische Framboësie 805.
Fränkel, W. K., Inkontinenzbehandlung bei Frauen mit intravesikaler Elektrokoagulation 754.
— — — Schmerzfreie Hämaturie 752.
Francfort s. André.
Frank, E. R. W., Neuer Zystoskophalter 805.
Franke, M. s. Ciuca, M.
Frankl, S., Makulopapulöses Exanthem bei einem Tabiker 627.
Frankovic, V., Müllersche Ballungsreaktion 326.
Frauchinger, R., Spontanheilung von Karzinomen 529.
Frazier u. Chuan-Kuei Hu, Hauterkrankung durch Fehlen von Vitaminen 875.
Frédet, M., Tödliche Urämie infolge unbehandelter Phimose 421.
Frei 592, 620.
— Pseudo-Cowperitis am Damm? 778.
— Recklinghausensche Krankheit mit diffuser Pigmentierung 778.
— W., Gonorrhoe 295.
*Freischmidt, W., Behandlung juckenerregender Dermatosen 836.
Frémicourt, G., Behandlung eines Lupus mit kolloidalem Bazillenextrakt von Grimberg 576.
Frenkel, H. S. s. Bijl, J. P.
Freudenthal, Amyloid in der Haut 875.
— Walter 260.
Freund 776.
— Acrodermatitis atrophicans, Verschluß der Arteria dorsalis pedis 690.
— Alopecia areata und Fazialisparese 691.
— Angiolupoid 875.
Freund, Aphthen am Gaumen 145.
— Brocqsche Krankheit 145.
— Fox-Fordycesche Krankheit 690.
— Großpapulöses Tuberkulid 690.
— Keratoderma palmare et plantare hereditarium 145.
— Pseudoxanthoma elasticum 690.
— Scleroedema adultorum 690.
— Seltene Dermatosen 875.
— Xanthelasmen und tuberöse Xanthome am Auge 690.
— Xanthome 591.
— E., Luetische Entzündung der Extremitätengefäße 603.
— F., Entzündungsprophylaktische Röntgenbestrahlung 103.
— H., Endokrine Störungen bei Recklinghausenscher Krankheit 187.
— — Herdförmige Sklerodermie 777.
— — Keratoma plantare hereditarium 777.
— — Raynaud-Symptome und Melanodermie 776.
— — Tumor malignus 776.
— L., Röntgenbehandlung von Wunden 469.
— — Tumorbereitschaft und Embryonalentwicklung 528.
Frey, Max v. 476.
— S., Entstehung der akuten und chronischen Entzündungen des Nebenhodens und Hodens 727.
— v. u. Rein, Physiologie der Haut 422.
Fricker, J. s. Sacquépée, E.
Frieboes 184, 352, 354, 355.
— W., Atlas der Haut- und Geschlechtskrankheiten 424.
— — Bau der Blutgefäßendothelwand 190.
— — Lehrbuch der Haut- und Geschlechtskrankheiten 424.
— — Zur Anatomie und Biologie der Haut 189.
Fied, C., Röntgentherapie des Erysipels 501.
Friede, F. A. s. Kritschewski.
Friedel, A., Entleerung der Harnblase nach Heiss 704.
*Friedmann, M., Zur Geschichte der Entfernung unerwünschter Haare 45.
Friedrich, L., Tabes und Magenulkus 300.
Fröhlich, W., Dermatitis atrophicans 747.
— — Salvarsandermatitis 747.
Froment s. Lacassagne.
— R. s. Lebeuf.
— — s. Nicolas, J.
Fronstein, R., Primäre Harnblasenatonie 192.

Digitized by Google

Frost, K., Sutherland-Campell, H. u. Plunkett, O., Moniliaaffektion der Zunge 805.
Fruhinsholz, A., Watrin, J. u. Vermelin, H., Syphilis und Schwangerschaft 33.
Frühwald, Röntgenbild der hinteren Harnröhre bei Gonorrhoe 875.
— R., Urethrographie bei Gonorrhoe 260.
— — Urethrographie bei Gonorrhoe des Mannes und bei der Frau 133.
— Richard 260.
Fülleborn, F. u. Kikuth, W., Allergie des Menschen gegenüber Askaris 427.
Fuhs, Arsenkeratose mit Karzinombildung 457.
— Atrophia cutis idiopathica unilateralis 289, 457.
— Dermatitis atrophicans maculosa 457.
— Eczema scrofulosorum 457.
— Erythema nodosum mit wechselnder Tuberkulinempfindlichkeit 288.
— Grenzstrahlenbehandlung von Hautkrankheiten 875.
— Kosmetisch störende Narben nach Gesichtsfurunkeln 286.
— Livedo reticularis 286.
— Varizella beim Kinde und Zoster lumbalis der Mutter 286.
— H. s. Arzt.
— — Radiumstrahlen bei Induratio penis plastica 703.
— — Strahlenbehandlung der Haut und Indikationen 787.
— — u. Konrad, J., Weitere Indikationen für Buckystrahlen 469.
Fuller, E. B., Koliinfektion der Prostata und Samenblasen mit sekundärer Knochenvereiterung 323.
Fuss, F., Sozialmedizinische Betrachtungen an Hand von 1330 Fällen von luetischem Ulkus 748.
Fuss, S., Dermatologische Erwägungen zur Unfallversicherung auf Berufskrankheiten 13.

Gabriel, W. B., Behandlung von Pruritus und Fissura ani 497.
Gager, L. T., Syphilitische Herzerkrankungen 252.
Galewsky 319, 320, 321.
— Fox-Fordycesche Krankheit 319.
— Sklerodermie und innere Sekretion 875.
Galiègne, R. s. Dereux, J.
Gallinek, A. s. Hauptmann.
Galli-Valerio, B. u. Bornand, M., Furunkulose infolge von Sarcina tetragena mit Autovakzine und Antivirus behandelt 130.
— — — — — Silbernitratimprägnierung der Spirochaeta pallida 844.
Gammel s. Gole.
Gammidge, P. J., Prostatektomie bei Diabetikern 322.
Gans, Chemisches zur Ekzem-Dermatitisfrage 875.
— O., Ätiologie der vakzinalen Exantheme 202.
— — Periporale Keratodermie nach Poliomyelitis 63.
Ganzoni, M., Ekzem als Arbeitsschädigung in der Versicherung 812.
Gardère, H. s. Courmont, P.
— — s. Gaté, J.
Garland, J., Epidermolysis bullosa bei der Geburt vorhanden 499.
Garnier, G. s. Milian.
Garner, V. C., Multipler disseminierter Lupus vulgaris 873.
Garzella, N. R., Wismuttherapie bei Lupus erythematodes 462.
Gasparjan u. Schischoff, Diagnose der männlichen Sterilität 522.
Gastinel, P. s. Teissier, P.
Gastou, Paul 532.
Gaté 666.
— Dechamme, Croizat u. Michel, Plötzlicher Tod ekzemkranker Säuglinge 876.
— J. s. Nicolas.
— — Bosonnet, G. u. Michel, P., Behandlung der Hydroa buccalis 31.
— — — — — — — Fieberhafte syphilitische Splenitis und Perisplenitis 31.
— — — — Michel, P. u. Vidal, A., Sekundäre Lichenifikation 32.
— — Coste, J. u. Michel, P., Tuberculosis verrucosa durch Röntgenbehandlung geheilt 719.
— — Dechaume, J., Croizat, P. u. Michel, P., Pathogenese des plötzlichen Todes bei ekzematösen Säuglingen 813.
— — Gardère, H., Bosonnet, G. u. Michel, P., Pleuritis, wahrscheinlich syphilitischer Natur 31.
— — Massia, G. u. Michel, P., Tertiäres Syphilid auf einer Narbe 719.
— — Thiers, H. u. Michel, P., Humorale Veränderungen bei Duhringscher Krankheit 500.
— — u. Michel, P., Erythematös-knötchenförmiger Lupus im Gesicht 718.
— — — — — Generalisierte, bullöse, wuchernde Dermatitis 720.
— — — — — Impetiginös knötchenförmiger Lupus durch Goldbehandlung gebessert 720.
— — — — — Lichen atrophicus 719.
— — — — — Multiple mykotische Tumoren auf einer Poikilodermie 721.

Digitized by Google

Gaté, J., u. Michel, P., Tertiäres Syphilom der Nase 721.
— — — — — Urticaria pigmentosa 721.
Gavrila, J., Secarea u. Magureanu, Entwicklung der Blutplättchen bei Scharlach und Erysipel 501.
Gawalowski, K., Lupus erythematodes acutus 564.
Gay s. Covisa.
*Geber, H. u. Rajka, E., Nachweis eines allergischen Zustandes bei Herpes menstrualis 737.
Geiger, Granuloma anulare 286.
— R., Desensibilisierungsversuche an Ekzematikern mit Terpentinöl auf perkutanem Wege 186.
Geissler, W. s. Engelhardt.
Gellner, G., Zitratplasma zur Anstellung der Komplementbindungsreaktion bei Syphilis 669.
Geneff, Sp., Menstruationszyklus und Kohlehydratstoffwechsel 401.
Genner, V., Alopecia areata. Klinische Studien 295.
— — u. Schultzer, P., Kutane gonorrhoische Infektion. Panaritium mit Lymphangitis, Allgemeininfektion und Gelenkerkrankung 701.
— — — — — Panaritium mit gonorrhoischer Lymphangitis, Allgemeininfektion und Gelenkerscheinungen 391.
*Gent, W., Induratio penis plastica 554.
George, P., Staphylokokkenseptikämie in erysipelatöser Form 131.
Georgi, F., Prausnitz, C. u. Fischer, O., Biologische Varianten der Spirochaeta pallida und experimentelle Erzeugung von Gehirnspirochäten 628.
Geppert, J. u. Schultze, W., Über Seifenfett 67.
Gerard, M., Normale Funktion tuberkulöser Nieren bei einigen Fällen von Nierentuberkulose 749.
Geserowa, Lues congenita 870.
— Sclerodermie en plaque 248.
Geyer, H., Rückfälle beim Tripper des Mannes 194.
Giacardy u. Durand-Dastès, Behandlung des baso-zellulären Epithelioms der Eichel mit Kaltkaustik 847.
Gildemeister, E., Experimentelle Untersuchungen bei vakzinaler Enzephalitis 203.
— — Hagen, E. u. Scheele, L., Verhalten des Herpesvirus in der Gewebekultur 474.
— — u. Hilgers, P., Bestehen zwischen Herpes und Vakzine Immunitätsbeziehungen? 475.
Gilman, R. L. s. Mary, C.
Gins, H. A., Hackenthal, H. u. Kamentzewa, N., Generalisierung des Vakzinevirus beim Menschen und Versuchstier 571.
— — — Zerebrale Komplikationen im Verlauf der Vakzination 571.
Gjorgjevic, Urethritis gonorrhoica und Urethritis simplex 876.
*— Gj. u. Bugarski, S., Durch die Salvarsantherapie entstandene und künstlich erzeugte Reaktionen 209.
Girandeau, R. s. Jeanselme, E.
Giraudeau, Schälkur mit Kohlensäureschnee, Azeton und Schwefel bei Akne 696.
Girnad s. Pinard.
Girodeau, Ionisation in der Dermatologie 848.
Gladys Russel s. Massey, A.
Glagolewa, Familienuntersuchungen in Syphilis in Pensa 521.
— Gummöse Lymphdrüsenerkrankungen 119.
Glanzmann, E., Röteln und Drüsenfieber 199.
Glaser, E., Gerson-Herrmannsdorfer-Sauerbruchsche Diät für Tuberkulose 874.
Glaubersohn, S. A. u. Willfand, R. A., Zur Zosterfrage 356.
Gley, P. s. Richet fils, Ch.
Glockner, R., Wirkung der Röntgenstrahlen auf die Zelle als physikalisches Problem 102.
Goeckermann, W. H., s. Osterberg A. E.
Goeckerman, W. H., Osterberg, A. E. u. Sheard, Ch., Ekzem durch Sonnenlicht mit Hämatoporphyrinurie 28
*Görl, Fragen der Röntgendosierung 17
— u. Voigt, L., Kuhpockenlymphe in der Hauttherapie 432.
Götz, A., Generalisierte Urtikaria 47
Götzl, A., Suprapubische Prostatektomie 193.
Golay, Tripper und Diathermie 722.
Goldschlag 491, 492.
— Livedo racemosa 491.
— s. Ostrowski.
Goldstein, A. E. s. Abeshouse.
Golomb, Parenterale Einführung von Proteinen und Technik der Eigenbluttherapie 522.
— u. Faingold, Acrodermatitis chronica symmetrica mit Anetodermie und Sklerodermie 562.
Gonzalez-Uruena, Epileptiforme Psychose nach Thalliumazetat 847.
Gonsset, H. s. Lavergne, V.
Goodman, H., Quantitative Eigenschaften von Lichtquellen bei der Ultravioletttherapie 469.

Digitized by Google

Goodman, H., Statistiken der zehn häufigsten Hautkrankheiten 224.
— M. H., Adenom der Schweißdrüsen 222.
Gordon, A., Sexuelle Exzesse und Geisteskrankheit 291.
Gorowitz, P., Strikturen der weiblichen Harnröhre 195.
Gostimirovic, D., Experimentelle Hyperfeminierung 703.
Gottron 44, 591.
— Aknekeloid 620.
— Akut einsetzende Pityriasis lichenoides 689.
— Aleukämische Lymphadenose der Haut 145.
— Anulärer Lichen planus 776.
— Dermatomyositis 875.
— Epidermolysis bullosa 690.
— Erythema induratum und Sarkoid Darier-Roussy 690.
— Hämorrhagische Diathese der Haut bei Lungentuberkulose 690.
— Juxtaartikuläre Knoten 591.
— Lichen nitidus 591.
— Lichen ruber auf Varizen 145.
— Lichen ruber der Hohlhände 591.
— Lippenkarzinom 619.
— Lues congenita 619.
— Lupus pernio 145.
— Makulöses Syphilid nach Reinfektion 591.
— Mycosis fungoides 591.
— Paronychieähnliches Sarkoid bei einem Kinde 620.
— Planes Karzinom der Vorhaut 620.
— Pseudopelade 145.
— Purpura bei lymphatischer Leukämie 775.
— Purpura Werlhofii und Thrombopenie 620.
— Sarkoid Boeck 776.
— Tuberculosis ulcerosa der Tonsillen 620.
— Warzige Psoriasis 690.
— Xanthomatöse Degeneration in Narben tuberöser Syphilide 689.
— H. s. Bierbaum, K.
— u. Jacobi, Subleukämische Lymphadenosis nach Herpes zoster generalisatus 776.
Jougerot, Jetziger Stand der Behandlung mit Wismut 848.
— Karzinomähnliche vegetierende Pyodermie des Mundes 812.
— Papulöses schmerzhaftes Erythem als Folge von Autointoxikationen 848.
— Warzengeschwulst mit Drüsenschwellungen 849.
— Barthélemy u. Garnier, Ulcus molle mit Fieber und Blutharnen 850.
Gougerot, Barthélemy u. Thiroloix, Mitralinsuffizienz nach Rheumatismus 849.
— Meyer u. Uhry, Pigmentnaevus durch Typhus ausgelöst 695.
— u. Blum, Harnloses venerisches Granulom 850.
— — — Papulosquamöses Erythem mit Ausgang in Leukoderm 149.
— u. Burnier, Poikilodermie Petges Jacobi 849.
— u. Carteaud, Papillomatosis confluens reticularis 149.
— u. Filliol, Naevus varicosus Klippel oder Hämangiektasie Parkes-Weber 849.
— u. Thiroloix, Pigmentation auf der weißen Haut, karminrotes Erythem, lichenoide Veränderungen usw.
Gouin, J. u. Daoules, P., Intraurethraler Schanker bei Frauen 395.
— Seit 6 Monaten rezidivierendes Erythema multiforme 29.
Gousset, H. s. Lavergne.
Gragert, O., Doppelseitige Röntgenkastration 730.
Gragonas, E. G., Mechanismus einiger Fälle von Urinverhaltung 750.
Grauhan, M. u. Rehren, v., Nephrektomien der Kieler chirurgischen Klinik 194.
Gravagna, Prophylaktische Beobachtung auf dem Gebiet der latenten Syphilis 459.
— M., Verbreitung der Geschlechtskrankheiten und geheime Prostitution 460.
Gray, A. M. H., Recklinghausensche Krankheit 324.
Greenberg, G. u. Greenwald, M., Epididymitis bei Typhus 729.
Greenwald, M. s. Greenberg, G.
Gregorio, E. De, Beitrag zum Studium der Epidermomykosen 35.
— — — Experimenteller Favus 750.
*Greif, U. s. Benedek, T.
Grezzi, S., Syphilitische Venenentzündung 296.
Grigorjew, P. u. Jarischewa, K., Aortitis bei experimenteller Kaninchensyphilis 190.
Grilichess, R., Eigenartiger bakteriologischer Befund nach Hundebißverletzung 129.
Grin, E., Endemische Syphilis in Bosnien 876.
Grinewitsch s. Jacubson.
Grisebach, Annoncierverbot im Gesetz zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten 40.
Gröer, F. v., Kindliche Haut als Reaktionsorgan 404.

Digitized by Google

Gron, K., Nickeldermatitis 292.
Gros, Fr., Neues Wismut-Kalomel-Präparat 673.
Gross, F., Impfstoffbehandlung maligner Geschwülste nach Keysser 530.
Groß, H. u. Oelrichs, L., Brauchbarkeit einiger Trübungs- und Flockungsreaktionen für die Serodiagnose der Syphilis 328.
Großmann s. Kleinmann.
— W., Schmerzphänomene bei urologischen Erkrankungen 624.
Groth, A., Ätiologie der Melkerknoten 858.
Grschebin, Liquorveränderungen bei Syphilis 876.
Grumach, W., Neue Erhebungen über Geschlechtskrankheiten der Kinder 43.
Grundherr, v., Exanthem nach Tuberkulinimpfung bei geschlossener Spitzenaffektion der Lunge 346.
— — Lichen obtusus 347.
— — Poikilodermia atrophicans vascularis 347.
— F. s. Schultze, W.
Grundmann, H. s. Nathan.
Grünfeld, R. s. Perutz 474.
Grunke, W., Allergische Natur des Dick-Toxins 201.
Grütz 841.
Guénot, L. s. Fournier, L.
Günsberger, O. D., Ambulatorische Behandlung des weichen Schankers 360.
Günther, H., Sexualdisposition bei Erkrankungen der Harnorgane 196.
Guex, J. s. Rabut.
Guillén, M., Lepra in Spanien 204.
Gumpert, M., Gesetzliche Beurteilung tertiärer Syphilis 759.
Gundersen, Relation der Psoriasis zur fokalen Infektion 876.
Gurewitsch, N. A., Vaskularisation der Hautnarben 102.
Guszmann 22, 27.
Gutmann 816.
— Zirkumskripte Hautamyloidosis 840.
— M., Proctitis luetica mit Perforation in die Vagina im Wochenbett 299.

Haak, Kiemengangsfistel 350.
— Lichen planus der Zunge und Wangenschleimhaut 350.
— — — mit Beteiligung der Mundschleimhaut 350.
— 350.
*— Carl, Primäraffekt auf frischer Douglasinzisionsnarbe 618.
Haber, Hyperkeratosen nach Chrom 559.
— Karzinom der Mamma 559.
— Lichen planus 388.
— Livedo racemosa 388.
Haber, Perianale Pilzaffektion 659.
— Zur Gonorrhoe des Mannes 383.
— H. s. Hecht.
Habermann, Akneiformes Tuberkulid. Anetodermie nach Lichen scrofulosorum 355.
— Bewegungsmechanismus der Spirochäten 875.
— Mycosis fungoides mit Pigmentierung der ganzen Haut 352.
— Papulonekrotisches Tuberkulid. erythema-induratum-artig 355.
— Stigmata durch tuberkulöse Exantheme 355.
— Zur persönlichen Prophylaxe der Geschlechtskrankheiten 355.
— 353.
— u. Kutsch, Acrodermatitis atrophicans, einseitig handschuhförmig. Viiligo, Suttonsche Dermatose 352.
Habs, H., Hase, H. u. Küster, H. Erzeugung einheitlicher Strahlenqualität 469.
Habuto, Veränderungen der Samenblase durch Lebensjahre 624.
Hackenthal, H. s. Gins.
Hagen, E. s. Gildemeister.
Hahn, C. F., Ekzem bei Trigeminusneuralgie (Artefakt?) 354.
— — — Riehlsche Melanose 354.
— — — s. Mulzer.
— — — u. Taitza, Herxheimersche Atrophie mit netziger Anordnung 354.
Hajek 576.
Haku, H., Isolierung des Bakterienpräzipitins und des anaphylaktischen Antikörpers 631.
Halber, W. s. Hirszfeld, L.
Halberstaedter, Strahlenbehandlung des Krebses 788.
— L. s. Laser.
Halfer, G., Tuberkulös-toxische Exantheme 575.
Halla, F., Beseitigung der Altersfalten im Gesicht 471.
Hallam, Erythema pernio 876.
— R., Lupus vulgaris 860.
Haller, Fixes Antipyrinexanthem 25.
— Psychische Urtikaria 25.
— Salvarsandermatitis 25.
— Scleroderma en coup de sabre 25.
— T., Lichen pilaris; Lichen spinulosus Ulerythema ophryogenes 747.
Hallidoy, C. H. s. Cummins.
Hallorau, Ch., Dermatitis exfoliativa durch arsenhaltige Tapeten 225.
Hamada, T. u. Ichida, K., Sekretoreinheit der Niere bei Farbstoffausscheidung 125.
Hamburger, W. s. Spronck, C. H. F.
Hammacher, Syphilis III 221.

Digitized by Google

Handley, W. S., Lymphstauung als Vorbedingung für Krebs 528.
Hanschell, H. M., Geschlechtskrankheiten bei der Handelsmarine 289.
Happe, H. u. Thiele, H., Bakteriologisch-epidemiologische Scharlachuntersuchungen 570.
Harkins s. Klauder.
Harper, F. R., Dermatose mit Degeneration des Kollagens 224.
Harris, S. H., Suprapubische Prostatektomie mit primärem Blasenverschluß 322.
Harrison, L. W., Experimentalstudien zur Syphilis 289.
Hartmann 732.
Hase, H. s. Habs.
Hashiguchi, M., Allgemeinsymptome bei experimenteller Framboësie 562.
— — Metastatische Veränderungen bei Framboësiekaninchen 125.
— — Metastatische Veränderungen der Nasengegend syphilitisch infizierter Kaninchen 124.
— — Syphilitische Papeln bei Kaninchen 122.
— — Veränderungen bei Kaninchen nach intravenöser Einspritzung von Spirochaeta pertenuis 123.
— — s. Shibata, S.
Hashimoto, T. u. Numata, M., Herpes zoster generalisatus und seine Infektiosität 122.
— — u. Ohno, T., Alopecia hyperkeratosis cystica follicularis 100.
Haslinger, K., Behandlung der Cystitis tuberculosa 404.
Hauduroy, M., Kultur des Ultravirus ist möglich 426.
Hauptmann, A. u. Gallinek, A., Schutzstoffe der Syphilis 303.
Hauser, F., Fluoreszenzerscheinungen am weiblichen Genitale 753.
Haustein, Frühgeschichte der Syphilis 875.
Haxthausen, H., Einwirkung klimatischer Faktoren auf die Hautgefäße und deren Bedeutung für Hautkrankheiten 429.
— — Intravenöse Injektionen von Goldchlorid bei Lupus erythematodes 853.
Hazen, H. H., Der geringe therapeutische Wert des Neoarsphenamins 332.
— — — Verhütung von Komplikationen bei Syphilis 253.
Hecht, Abortivbehandlung der Gonorrhoe 385.
— Hg oder Bi, ein Vergleich 876.
— Konstitution bei Gonorrhoe 385.
— Milde Gonorrhoebehandlung 385.
— Serodiagnostik der Gonorrhoe 384.
*Hecht, Hugo, Erblichkeit bei Hautkrankheiten 533.
Heckenbach u. Jacoby, Behandlung chronischer Entzündungen der Harnwege mit Alkorzin 728.
— W., Auswirkung der chronisch-entzündlichen Erkrankungen der männlichen Adnexe auf die oberen Harnwege 728.
Hees, Naevus pigmentosus 221.
— Sarkomatosis cutis 219.
*— Hermann, Acrodermatitis continua (Hallopeau) 605.
— H. u. Haber, H., Kahnsche Reaktion und Hechtsche Aktivmethode 670.
Hegedüs, K., Nephrektomie wegen Nierentuberkulose 197.
Heiberg, K. A. u. Kemp, T., Zahl der Chromosomen in Karzinomzellen 853.
Heine, J., Lymphangiomatöse Entartung der Hand eines Säuglings 852.
Hell 348, 349.
Heller, Dermatitis herpetiformis 621.
— Ist Unterlassung der Frühbehandlung der Syphilis ein die Schadenersatzpflicht bedingender Kunstfehler? 593.
— 592, 620, 780.
*— J., Edmund Saalfeld 590.
— — Geschlechtskrankheiten und Unfall 563.
— O., Ultraviolett- und Hochfrequenztherapie bei Haut- und Schleimhauterkrankungen 127.
Hellerström, Spezifische meningo-enzephalitische Veränderungen bei Affen nach intrazerebraler Impfung mit Lymphogranuloma inguinale 876.
— S., Lymphogranulomatosis inguinalis 872.
Hellwig, A., Ist tertiäre Syphilis eine Geschlechtskrankheit im Sinne des Gesetzes zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten? 43.
— — Tertiäre Syphilis eine „Geschlechtskrankheit" 42.
Hennig, O., Stumpfwinkeloptik des Blasenspiegels 196.
— — Ureterkatheterschieber 196.
Herez, Granulosis rubra nasi 26.
— 746.
— L., Disseminierte Hauttuberkulose 746.
Herczeg, Dermatitis herpetiformis? 24.
— Pemphigus vulgaris 24.
— Sarcoid Boeck 28.
Hermans, Blutzucker und pyogene Dermatitiden 875.
— Framboësie und Syphilis 838.
Herrmannsdorfer, Ernährungsbehandlung der Tuberkulose 875.
Herrmann, Alopecia parvimaculata 219.
— Bleisulfidflecken 221.
— Herpes zoster symmetricus 220.

Digitized by Google

Herrmann, Lichen scrofulosorum 219.
— Periurethrales Infiltrat mit zentraler Abszedierung 220.
— Tertiärsyphilitische Entzündung mit zentraler Nekrose 219.
— 220.
Herrmannsdorfer 184.
— Adolf 632.
Herxheimer, K., Verwendung von Farbstoffen bei Meinickescher Trübungsreaktion 845.
— — 219, 221, 732, 839.
— — u. Martin, H., Mycosis fungoides 357.
*— Karl u. Uhlmann, Erich, Mechanisch bedingte Nagelveränderungen 333.
Herzberg, E., Vereinfachung der Injektionstherapie bei Krampfadern 809.
— K., Neue bakteriologische Befunde beim Scharlach 200.
— — s. Manteufel, P.
Hesse 839.
— E., Zur Therapie der Quecksilbervergiftung 430.
— K., Hautnekrose nach Krampfaderverödung mit Varikophtin 473.
Heuer, G., Widersteht Herpesvirus der Austrocknung? 474.
Heye, G. H., Dermatitis durch Pastinacea sativa 467.
Heyn, Balanitis gonorrhoica 620.
— W., Stereoskopische Pyelographie 292.
Heynemann, Th., Klinische Bedeutung der Sexualhormonpräparate 401.
Higgins, J. B., Röntgenbehandlung der durch Mikroben bedingten Dermatosen 788.
Highman, W. J., Allergie bei Hautkrankheiten 223.
Hilgers, P. s. Gildemeister.
Hille, K., Technik der perkutanen Tuberkulinreaktion nach Moro 574.
Hinsberg 576.
Hirata, T. Phagozytose hindernde Substanz in der Gonokokkenvakzine des Serum-Instituts, Tokio 123.
Hirsch, Ch., Erythrodermien im frühen Säuglingsalter 813.
Hirszfeld, L., Halber, W. u. Laskowski, J., Serologische Spezifität der Krebszellen 156.
Hlatky 27.
Hock, A., Hypernephrom und Digestionstrakt 193.
Hodgson, A. E., Milzbrand bei 15 Monate altem Kinde 502.
Höfer, Dermatologische Filme 875.
— s. Blumenthal.
— K., Dariersche Krankheit 775.
— — Lichen ruber mit verrukösen und bullösen Effloreszenzen 775.
Hoepke, Histologische Technik der Haut 423.
*Hoeppli, R., Histopathologie der hämatischen Bubonen 305.
— — Hsü, H. F. u. Wu, H. W., Helminthologische Beiträge aus Fukien und Chekiang 151.
Hofmann, Boecksches Sarkoid der Hände und Unterarme 386.
— Dermatitis herpetiformis 556.
— Lichen planus mit Beteiligung der Mundschleimhaut 386.
— Lupus erythematodes 386.
— Melanotische Tumoren des Unterschenkels 386.
— Naevus sebaceus Pringle 556.
— Sclerodermie en plaque der Kinngegend 386.
— P., Bakteriologisch geklärter Fall von gewerblichem Milzbrand 502.
Hoffmann, Heilbarkeit der Lepra 875.
— E., Behandlung der Haut- und Geschlechtskrankheiten 724.
— — Entstehung, Verhütung und Heilung der angeborenen Syphilis 622.
— — Gibt es Mischformen von erworbener und angeborener Säuglingssyphilis? 837.
— — Mischformen angeborener und erworbener Säuglingssyphilis 723.
— — Mischformen von angeborener und erworbener Säuglingssyphilis 300.
*— — Tatsächliche Feststellung zum Schlußwort des Herrn Meirowsky 552.
— — Xanthoma tuberosum multiplex 838.
— — 20 Jahre Salvarsan 875.
— — 839.
— W. H., Körnchenformen des Leprabazillus 203.
Hoffstadt, R. E. s. Odland, H.
Hohn, J., Meinicke-Klärungsreaktion 316.
— — Vier Jahre Kultur des Tuberkelbazillus zur Diagnose der Tuberkulose 573, 574.
Hohutkin s. Kaufmann.
Holfelder, Gegenwärtige Methoden der Krebsbestrahlung 532.
Hollande, A. Ch. u. Crémieux, G., Zell-Endo-Parasitismus des Tuberkelbazillus 231.
— — — u. Hollande, G., Wirkung des Nilblau auf Tuberkelbazillus 859.
Hollande, G. s. Hollande, A. Ch.
Hollander, L. u. Baer, H. L., Verfärbung der Haut nach Quecksilber 228.
Holstein, E., Störungen der Sensibilität bei gewerblicher Quecksilbervergiftung 467.
Holt, H. s. Moensch.
Holzknecht, G., Bemerkungen zu der Arbeit von H. J. Alius „Röntgenkom" 470.

Digitized by Google

Hombria, J. y Soto, R., Röntgenbestrahlungen bei Hautjucken 36.
— M., Züchtungsmethode pathogener Pilze 36.
Hopf, Kochsalz und Urtikaria 875.
— G., Kalkeinlagerungen nach Perniosis 354.
— — Röntgenatrophie der Kopfhaut 354.
— — Urticaria pigmentosa adultorum 354.
Hopkins, R., Denney, O. u. Johansen, F., Freibleiben gewisser Körperstellen von Lepraerscheinungen 805.
— u. Kesten, Sensibilisierung bei Ekzem 876.
Hoppe, G. A., Neurolipomatosis dolorosa 852.
Hornyánszky, Hydroa vacciniforme 28.
Horovitz s. Pinard.
Hottinger, R., Blasenfremdkörper bei Kindern 193.
Howard, A. s. Levaditi, C.
Hryntschak, Th., Röntgenologische Darstellung von Nierenparenchym und Nierenbecken auf intravenösem Wege 197.
Hsii, H. F. s. Hoeppli, R.
Hu, C. K., Dermatitis gangraenosa infantum mit Bakteriämie 200.
Huber, H. G., Klinische Beobachtungen bei Enzephalitis 203.
Hubert, R., Einseitige Röntgenkastration 730.
Hudelo u. Rabut, Schankriforme Sekundärsyphilis 876.
Hübschmann, Mischungen von Neosalvarsan-Natriumthiosulfat und Natrium bromatum-Natriumthiosulfat bei Syphilis 876.
Hügel, Georg 860.
Hülse, W., Histochemischer Eisennachweis beim Ikterus 815.
Hürthle s. Wichels.
Hufnagel, L., Slavischer Dermatologenkongreß in Warschau 697.
Hufschmitt, G., Favus infolge Achorion Schönlein 29.
— u. Diss, Schweißdrüsen-Epitheliom 30.
Humphris u. Knuthsen, Pruritus ani et vulvae 875.
Huth, Th. v. s. Radó, B.
Hynie, Androgynie und Metatropismus 518.
— Favus impetiginodes 520.
— Ulcus molle perigenitale 520.

Ibrahim, A. B., Uretersteine 664.
Ichida, K. s. Hamada, T.
Ilyin, A., Nicht traumatische Nierenruptur 624.
Immel, F., Behandlung der Varizen mit intravenöser Injektion 472.
In, K., Karunkel der weiblichen Harnröhre 121.
Inoue s. Tani.
*Isar, J., Anwendungsmöglichkeiten der Kamille in der dermatologischen und urologischen Praxis 712.
Isaak, L. 219.
Ischernogubow, Standardisation der klinischen Untersuchung und Behandlung der Luetiker in Vendispansäre 41.
Ischikawa, T. s. Toyama, J.
Iwanovics, G., Serodiagnose der Tuberkulose 859.

Jacobi s. Gottron.
— J. s. Wohlfeil, T.
Jacoby s. Heckenbach.
Jacobovici, J., Urechia, C. S. u. Teposu, E., Enuresis et Spina bifida occulta 727.
Jacobs, J. u. Vohwinkel, K. H., Malariatherapie der Früh- und Spätlues 783.
Jacobsohn 780.
— F. 621.
— G., Jundell, I. u. Lönberg, N., Aktive Immunisierung gegen Scharlach 201.
— Max 504.
Jacobson, W., Behandlung der Sycosis vulgaris mit Smaragdgrün 560.
Jacquet, Verödende Einspritzungen und Zinkleimverband bei varikösen Geschwüren 33.
Jacubson, A. u. Grinewitsch, Zur Behandlung der progressiven Paralyse 522.
Jadassohn, Ätiologie und Pathogenese des Ekzems 504.
— Tuberkulin in der Dermatologie 806.
— I., Syphilisrückgang 732.
— J., Wirtschaftliche Behandlungsweise der Geschlechtskrankheiten 758.
— W. u. Peck, S. M., Epidermophytide der Hände 185.
Jaeger, Hautfunktionsprüfung bei Ekzem 875.
Jaensch, W., Kapillarmikroskopie 229.
Jaffé, Käte, Alopecia totalis nach Quecksilbervergiftung 691.
— — Ernährungstherapie bei Ekzem 875.
— — Dermatomyositis 620.
— — Ulcus vulvae acutum mit aphthenähnlichem Ulcus der Zunge 691.
— — s. Blumenthal.
Jahnel, F. u. Prigge, R., histologischer Nachweis der Spirochaete pallida in syphilisinfizierten Mäusen 301.
Jakobs, J., Zwischenfälle bei Subokzipitalpunktion 700.

Digitized by Google

Jakowleff, A. J. s. Blumenthal.
Jarischewa, K. s. Grigoriew, P.
Jasnitzky u. Dmitriew, A., Autovakzinotherapie in der Dermatologie 130.
Jausion 695.
— Eczema solare 876.
Jeanselme, E., Girandeau, R. u. Bureau, Y., Erforschung der Hautfunktionen mittels örtlicher Ionisation 723.
Jenner, Herpes linguae und Gastritis chronica ulcerosa 475.
Jesionek 476.
Jessner, Samuel, Lektor 104.
Jodis, Behandlung der karbunkelartigen Pustula maligna 814.
Johansen, F. s. Hopkins, R.
Jones, J. W. u. Alden, H. S., Generalisierte Lymphogranulomatose der Haut 225.
Joseph, A., Angina leptothrica 158.
— — Diagnostische Hautreaktionen mit Kulturspirochäten 302.
— — s. Buschke.
— Max 204.
Josephsohn, Adolf 204.
Joukelis, J. J. s. Maschkilleisson.
Jugermann, Bedeutung des Tuberculum Carabelli für die Diagnose der kongenitalen Syphilis 298.
Juliusberg 347, 353.
— Max 704.
Jundell, I. s. Jacobsohn, G.
Jung, G. s. Martenstein, H.
Junkmann, K. u. Wiechowski, W., Das wirksame Prinzip der Kamillenblüten 787.
Juon, Viszerale Metastasen metatypischer Epitheliome 722.
Juster, E., Behandlung der Hautnervenkrankheiten 152.
— — Neurohumorozirkulatorische Dermatosen 563.
Justus 22, 23, 24, 27.
Juvin, H., Ulzeration der Zunge 718.

Kadisch 620, 621.
*— E., Desinfektionswirkung einiger Waschmittel auf pathogene Hautkeime 514.
— — Einfluß der Züchtungstemperatur auf Angehen und Größe der Kolonien pathogener Hautpilze 190.
— — Hitzeinaktivierung des Komplements 668.
— — Serologische Diagnose der Syphilis mit aktiven hämolytischen Reaktionen 845.
— — Rein subkutane Pilzinfektion des Meerschweinchens 595.
— — Wachstum von Achorion gypseum auf Meerschweinchenorganen 598.
Kadisch, E., Zur Dermatotropie der Dermatophyten 567.
— — s. Bruhns.
Kästenbaum, E., Iontophorese zur Behandlung von Erkrankungen der Haut 238.
Kahn, A., Laktosan 522.
— L. R., Serologie der Syphilis 343.
— R. L., Laboratoriumsprüfungen bei Syphilis 329.
— — — u. McDermott, E., Kahn-Reaktion mit Spinalflüssigkeit 254.
Kaiser, K., Geheilte Quecksilbervergiftung 430.
Kakishita s. Tani.
Kaktin, A. s. Weidemann, M.
Kaltenbach, H. Malariabehandlung der Paralyse 331.
Kamentzewa, N. s. Gins.
Karetnikowa, W. s. Raplan.
Karo, W., Organtherapie der Hautkrankheiten 189.
— — Prostatikerbesteck nach Keller 87.
— — Pyelonephritis ascendens abgeheilt 195.
Karrenberg 349.
— Morbus Simmonds mit Neurodermitis 348.
— Multiple Rumpfbasaliome 348.
— Zur experimentellen Lues der Maus 875.
— C. L., Nagelepidermophytie mit positiver Kultur 597.
— u. Schultze-Wolters, Mykologisches Thema 875.
Karwacki, L., Saprophytismus des Tuberkelbazillus 231.
Kast, C. K. u. Kolmer, J. A., Kultur der Spirochaeta pallida 252.
Kasztor, Acrodermatitis atrophicans 59.
— Erythema multiforme durch Injektion 388.
— Granulosis rubra nasi 659.
— Lichen planus 559.
— Neurodermitis tuberosa universalis 76.
— Rezidiv 4 Wochen nach beendeter Kur 659.
Katoma, J., Sarcoma fuso-cellulare 87.
Katona, E., Alopecia totalis 747.
Kauczynski, Lichen planus 490.
— Syringomyelie 491.
— Ungewöhnlicher Vorfall bei Wismutinjektion 490.
Kauffmann, A., Chininresistenz und Rezidive bei therapeutischer Malaria 332.
Kaufmann, C., Histologische Diagnose luischer Plazenten 189.
— E. s. Buschke, A.
— u. Hohutkin, Material zum Studium der Syphilis auf dem Lande 343

Digitized by Google

Kaup, Ignaz 304.
Kausch, H., Prostatahypertrophie 731.
Kawata, N., Besitzt die Tumorzelle besondere Affinität zum Blei? 530.
Kayser 838.
Keevil, J. J., Urtikaria und Asthma 810.
Keining 349, 353.
- Acrodermatitis continua Hallopeau 875.
- Adalinexanthem 353.
- Brocqsche Krankheit 352.
- Multiple Basaliome 349.
- Myxoedema circumscriptum symmetricum Basedowianum 354.
Keller, Pigment und Lichtschutz 875.
- Zur Frage der Vakzineenzephalitis 475.
- Ph. s. Rost.
Kémeri 26.
- Ursachen der Dysidrosis 25.
Kemp, T. s. Heiberg, K. A.
Kenedy 22.
- D., Arsenkeratose 22.
- — Dermatitis herpetiformis nachahmende Hautveränderung 22.
- — Inflammatio cutis racemosa 22.
Kerl, Bläschenförmige Dermatitis durch Hefe 456.
- Derbes Fibrom der Schulter 456.
- Herpetiformer Favus unterhalb des Auges 458.
- Lupus erythematosus mit stürmischer Eruption 456.
- Narbenbildung nach ulzerösem Prozeß der Haut 287.
- Urticaria pigmentosa 457.
- W. 816.
- — Indikationsstellung in der Luestherapie 671.
Kerckhoff, van, Beiträge zur Kenntnis der Psoriasis vulgaris und deren Behandlung mit Manganverbindungen 876.
Kern, H. M. u. Angle, L. W., Chemische Obliteration variköser Venen 472.
Kerschner, F., Fall von Angiomyxom des Samenstranges 730.
Kesten s. Hopkins.
B. u. Martenstein, H., Experimentelle Sporotrichose 227.
Ketron, L. u. Brown, J., Aknebazillus 806.
Kidd, F., Resektion des Blasengrundes wegen Karzinom 663.
— Kielleuthner, L. 788.
— Blasenscheiteltumor-Urachuskarzinom 193.
Kikuth, W. s. Fülleborn.
Kissmayer, A., Citragan in der Gonorrhoebehandlung 325.
Kistiakovsky, E., Symmetrische Erythrozyanose der Haut 805.
Kitchevatz 666.
— Strepto-Staphylokokkenerkrankungen der Haut 876.
Klaften, E., Vorbeugung und Behandlung der angeborenen Syphilis 672.
Klare, K., Wandlungen in der Bewertung 468.
Klauder, Malcolm u. Harkins, Erysipeloid in den Vereinigten Staaten 876.
— J. V. u. Brown, H., Experimentelle Studien bei Ekzem 226.
Klaue, W. s. Seyderheim, R.
Klausner, Psorospermosis follicularis 556.
— Soor der Haut bei Neugeborenen 556.
Kleeberg 781.
Kleinmann u. Großmann, Epilation bei Haarpilzerkrankungen durch Thallium und Röntgenbestrahlung 520.
*Klieneberger, C., Akroasphyxie der Hände mit blander Resorption der Fingerenden 685.
Kliewe, H. u. Engelhardt, W., Brauchbarkeit der Zitocholreaktion 304.
Kling, D. H., WR bei Gelenkflüssigkeiten 254.
Klingberg, O., Entlassung von Scharlachrekonvaleszenten von bakteriologischen oder klinischen Gesichtspunkten abhängig? 570.
— — Färbung des Antigens für die MTR nach Borowskaja 304.
Klingmüller 347.
Kljuchin, Babkoff u. Schufer, Reaktion Dujarric-Gallerand bei Syphilis 523.
Kloeppel 321.
— Nicht resorbierte Bi-Depots 803.
— Prurigo aestivalis 318.
Klöverkorn, Spirochätennachweis im Kammerwasser der vorderen Augenkammer bei Lues congenita 875.
— u. Mayer-Buley, Kalziumbehandlung von Adnexerkrankungen bei männlicher und weiblicher Gonorrhoe 875.
Kneise, O., Nierenstein-Harnleitersteinoperationen und Erholungsfähigkeit des Nierengewebes 193.
— — Primäres Ureterkarzinom 804.
Knoflach, J. G., Granulome nach unbemerkt eingedrungenen Fremdkörpern 428.
Knuthsen s. Humphris.
Kockel, Daktyloskopisches 43.
Koeff, Behandlung der Syphilis in Bulgarien 870.
König, F., Umschrieben eitrige Nierenentzündung unter dem Bilde des Tumors 193.

Digitized by Google

Königstein, Rein epitheliale Überempfindlichkeit der Haut gegen Arsen 287.
— Überempfindlichkeit gegen Askariden 287.
— H. s. Ehrenwald.
Kofmann, Behandlung einiger mit dem varikösen Symptomenkomplex zusammenhängender Dermatosen mit intravenöser Injektion von salizylsaurem Natron 472.
Kogoj, Allergie nach Pilzinfektion 876.
Kogutowa, Sclerodermia circumscripta 492.
Koljada s. Tischnenko.
— Tuberkulöses Syphilid 525.
Kolischer, G., Elektrokoagulation von Blasentumoren 403.
— — Retikuloendotheliales System und praktische Medizin 292.
Kolmer, J. A., Die Toxinerzeugung durch Spirochaete pallida 224.
— — — Bedeutung der WR für die Immunität 223.
— — — Serumdiagnostik der Syphilis 632.
— — — s. Kast, C. K.
Kolović, B., Frühzeitige syphilitische Pleuritis exsudativa 626.
Konrad, Antipyrinexanthem 458.
— Buckys Grenzstrahlen bei Pityriasis lichenoides 458.
— Favus herpeticus 288.
— Ichthyosis palmaris durch Grenzstrahlen gebessert 287.
— Keratodermia maculosa symmetrica palmaris 458.
— Lues gummosa und Liquor 875.
— J. s. Fuhs.
Konstam, L. S. u. Turnbull, H. M., Lungensyphilis mit Arteriitis pulmonalis 604.
Kontschilow s. Chrapkowskaja.
Kopecky, J., Syphilitische Kopfschmerzen 251.
Korach, S., Gangränöse Prozesse im Rachen bei Schädigung des Granulozytenapparates 158.
Koszler, V. s. Brüda, E.
Kott, M. J. s. Smorodinzew, A. A.
Kotzareff, A., Morsier, I. de u. Morin, A., Wirkung des Magnesiumchlorids auf die Entwicklung von Karzinom der weißen Maus 157.
Koyasu, Y., Lokale Immunität mit Rekurrensspirochäten an der Augen- und Mundschleimhaut 122.
*Kraft, Ph., Beurteilung der trophischen Störungen bei Syringomyelie 817.
Krainskaja-Ignatowa, V. N., Gruppeneigenschaften des Sperma 784.
Krantz 837.
— Dermographismus niger 841.
— Tuberkuloseimmunität und Hauttuberkulose 837.
— W., Schwarzer Dermographismus 42
Krause, P., Verkennung von Röntgenschädigungen 788.
Kreibich 476, 556.
— Küttnersches Granulom 387.
— Morbus Bazin des Gesichts 657.
— Naevus leiomyomatosus 556.
— Problem der Langerhanszelle 876.
— Prurigo 556.
— Psoriasis pustulosa 387.
— Seborrhoid 387.
— C., Zur Diagnose pigmentierter Neubildungen der Haut 525.
Kreinin u. Wassiljewa, A., Serologische Untersuchung der Bewohner eines Dorfes 521.
Kren, Boecksches Lupoid 457.
— Erysipelas perstans faciei. Lupus erythematodes disseminatus 455.
— Pathogenese der Tuberkulide 875.
— Röntgenfolge 455.
— O., Kosmetische Winke 698.
Kressin, W., Carcinoma pedis auf dem Boden einer Acrodermatitis atrophicans 853.
Kreuzwendedich von dem Born, G. A., Teerkarzinom bei vitalgespeicherten Mäusen 156.
— — — — — — — s. Lignac, G. O. E.
Krieger, H., Kitzelgefühl der Haut bei Organerkrankungen 228.
Kriloff, Basalioma cylindromatosum der Mundhöhle 871.
Krishewitsch s. Leibfreid.
Kristič 386.
Kritschewski, J. L. u. Friede, F. L., Prophylaxe der Syphilis des Zentralnervensystems der Mäuse durch Novarsolan 632.
Kroiss, F., Operative Behandlung der undurchgängigen Harnröhrenverengerung 193.
Kromayer, E., Ekzem und Ekzembehandlung 229.
Kroó, H. u. Schulze, F. O., Spezifische Komplementbindung als Schutzkörper 303.
Krottmayer, A. L., WR mit verdünntem Serum 327.
Kruchen, C., Klinik und Röntgentherapie der Lymphogranulomatose 60
Kruspe 320.
— Fall zur Diagnose 320.
Kühnau, W., Tödliche Embolie nach Krampfaderverödung durch intravenöse Injektion 473.

Digitized by Google

Kümmel, H., Zur Kritik der Ureterstrikturen 192.
Küster, H. s. Habs.
Küttner, H., Skrotalemphysem nach Nieren-, Prostata-, Hernienoperationen 192.
Kulisch, R., Abortive Skabies 315.
— R., Behandlung des Lupus erythematodes mit Lopion 517.
Kumer, Malariatherapie 875.
— L., Spirozidbehandlung der Lues I 11.
— — Ungelöste Syphilisprobleme 845.
Kunewälder, E., Transargan bei Gonorrhoe 399.
Kunstein, H., Blutsturz infolge Stomatitis im Kindesalter 531.
Kuroda, N., Neutralisierende Wirkung des Natriumthiosulfats bei Atoxylvergiftung 124.
Kurotchkin, T. J. s. Lim.
Kusnetzowa, Z. s. Pigalew.
Kusnezow, W., Lepra und Konstitution 560.
Kussing, N. s. Doleschall.
Kutsch s. Habermann.
Kwiatkowski, Ulcus hystericum? 491.
Kyriasides, K., N., In Griechenland bei Madurafuß gefundene Pilzarten 815.

Lacapère, G., Vitiligo bei erworbener Syphilis 394.
Lacassagne, J., Pseudo-pelade 718.
— — s. Nicolas, J.
— — Saman, G. u. Froment, R., Pemphigus vegetans 720.
Lack, W. Th., Kasuistik und Problematik psychogener Dermatosen 811.
Läwen, A., Elephantiasis der Gingiva und operative Behandlung 157.
Lafourcade s. Milian.
Lamson, R. W., Sogenannte tödliche Anaphylaxie beim Menschen 786.
Lane, C., Neue Technik zur aseptischen Gewinnung des Harns beim Harnleiter-Katheterismus 661.
— J. E., Erythema palmare hereditarium 227.
Lange, L., Hitzebeeinflussung von Tuberkelbazillen 573.
Langecker, H. s. Lewith.
Langer, Divertikel der Pars bulbosa 621. 781.
— E., Abszedierende Orchitis 778.
— — Harnröhrenpapillome 621.
— — Maligne Lues 778.
— — Paraurethraler Abszeß bei Gonorrhoe 778.
— — Plattenepithelkarzinom des Penis 778.
Langer, E., Sollen Kinder vor Verschickung in Heime auf Gonorrhoe untersucht werden? 41.
— — Urethra- und Prostatogramme 592.
— — Verwendung der Lebendvakzine 399.
— — Symmetrische Keratose mit chronischer Gelenkerkrankung ohne Gonorrhoe 592.
— — Ulcus phagedaenicum 621.
— — Röntgenographie der männlichen Urethra 119.
— — 620.
Lanteri, G., Adenoma sebaceum 493.
— — Ausflockung in der Spinalflüssigkeit bei Nervensyphilis 466.
Lanzenberg, P. u. Chaumerliac, Erythema multiforme im Anschlusse an Mandelentzündung 29.
Lapyschew, Syphilis unter den Buräten 260.
Laroche, Kolloidale Benzokolreaktion bei Nervenlues 848.
— A. s. Vintici.
Larson, E. E. s. Schuyler-Pulford.
Laser, Bestrahlungsversuche in vitro 788.
— H. s. Fischer, A.
— — u. Halberstaedter, L., Radiosensibilität normaler und bösartiger Gewebe in vitro 531.
Laskowski, J. s. Hirszfeld, L.
Latko, Krysolgan bei Lupus erythematodes 527.
Laubál, St., Cutis frontis gyrata 747.
— Dermatitis herpetiformis und Purpura anularis 24.
— Erythema toxicum 24.
— Lupus erythematodes disseminatus acutus 28.
— Lupus miliaris disseminatus 28.
— Ölmelanose 28.
— — Tbc. verrucosa cutis. Elephantiasis verrucosa 747.
Laue, J. E., Porträts von Willan 223.
Laurent, Ch., Fall von Creeping disease 718.
— — Lichen atrophicus 721.
Lavergne, V. de, Florentin, P. u. Gousset, H., Biologische Behandlungsmethoden des Erysipels 501.
— — — — — — — — Verhütung des Erysipels am Kaninchenohr durch Serum und Vakzine 131.
— — s. Spillmann.
Lazarus, P., Handbuch der Strahlenheilkunde 698.
Lebeuf, F. s. Nicolas, J.
— u. Froment, R., Ichthyosiforme Erythrodermie 721.
Lechner, F., Müllers Ballungsreaktion, Erfahrungen bei 2000 Blutproben 328.
Ledermann, Erythrodermie 692.

Digitized by Google

Ledermann, Lues III des Penis bei Lues cerebri 591.
— Lymphangiom am Augenlid 591.
— Poikilodermie 621.
— Zirkumskripte Hautatrophie 621.
Ledo, E., Dystrophia unguium mediana canaliformis 390.
— — Polymorpher Symptomenkomplex durch Typhusvakzine 35.
Lee, R. K., Vorsicht bei Pyelographie 322.
Legendre, J., Arsenobenzole in den Kolonien 330.
Legge, R. T., Bonar, L. u. Templeton, H. J., Trichophytien der Füße bei Studierenden 567.
Legueu, F., Traumatische Ruptur des Ureters 293.
Lehner, Scleroedema adultorum Buschke 22.
— Scleroedema adultorum und Acanthosis nigricans 27.
— 24.
— E. u. Rajka, E., Wärmeurtikaria 596.
Leibfreid u. Krishewitsch, Cholesterin im Blut bei Syphilis 299.
Leinbach, Kongreß zur sexualen Reform in Kopenhagen 525.
Leiner, Karl 732.
Leitch, Berufskrebse in Großbritannien 788.
Lenartowicz 491, 492.
— Lues congenita tarda 492.
Lenz, E., Zur Toxikologie des Trypaflavins 431.
Lépine, P. s. Levaditi.
Leriche, R. u. Fontaine, Chirurgische Behandlung der Sklerodermie 29.
Lerman, J., Salvarsan- und katarrhalischer Ikterus mit besonderer Berücksichtigung des Blutbildes 331.
Leschke, E., Salvarsan-Septojodbehandlung 332.
— — Alastrim, Variola und Pockenschutzimpfung 857.
Leschnew, N. F. u. Levant, D. E., Diagnostik und operativer Eingriff bei doppelseitigen Nierensteinen 805.
Lesczynski, Roman v. 604.
— Gefäßerweiterungen bei Lues 492.
— Impetigo herpetiformis 491.
— 491, 492.
Lesser 591.
— Fritz 593.
Leuchenberger, R., Zystitidenbehandlung mit Bakterienkulturfiltraten nach Besredka 194.
*Leuchter, Henryk, Prophylaktische Zirkumzision 653.
Leva, J., Wird Arsen durch die menschliche Haut resorbiert? 102.
Levaditi, C., Lépine, P. u. Howard A., Chemotherapie und Abwehrmittel bei Heilung der experimentellen Syphiliserscheinungen 301.
— — u. Howard, A., Aktivierung des Wismuts unter Einfluß an Glutathion reicher Gewebe 332.
— — u. Lépine, P., Gewebsimpfung bei experimenteller Syphilis 301.
— — — — Präventivwirkung des festlöslichen Quecksilbers bei der experimentellen Syphilis 302.
— — Lépine, P. u. Schoen, Frl., Experimentelle Encephalitis herpetica der Affen 128.
Levaut, D. E. s. Leschnew, N. F.
Leven, Erblichkeit der Naevi 789.
— Therapie der Metasyphilis 675.
Levi, Fibrosarkom des Penis 876.
Levinson, M., Einschlußerkrankungen der Bindehaut in der Schweiz 395.
Levinthal, W., Bakteriologie des Gonovitan 702.
Levitin, Tätigkeit des Venerologen in den Institutionen für Mutterschutz und Kinderfürsorge 120.
Lévy, G. s. Redslob.
Levy-Lenz, Infibulation bei einem Infantilen 757.
Levy, W., Jacobsthalsche Reaktion 3.
Lewin s. Tonian.
— A., Diagnostische Reaktionen bei Gonorrhoe 119.
— — Hodensyphilis Tuberkulose vortäuschend 522.
— E. M., Toxische Wirkung der Arsenbenzolpräparate auf die Leber 597.
— — — Wirkung der Arsenbenzolpräparate auf die Leber 186.
— Neradow u. Tschetschulin, Giftige Eigenschaften des Jodkaliums bei intravenöser Injektion 561.
Lewith, Erythema chronicum migrans 386.
— 387.
*— R. u. Langecker, H., Fall von Ratanhiadermatitis 477.
Lewy-Hirsch, J., Dermatitis mit ungewöhnlicher Ursache 811.
Lexer, E., Knochenbildung im Bindegewebe osteoplastischer Herkunft 23.
Lichtenberg, v., Intravenöse Pyelographie 532.
Lidström, E., Gonorrhoische Keratodermie 665.
Lieben, A., Primäre und sekundäre blutarrhalische Zystitis 726.
Liebermann, M., Morbus Recklinghausen 523.
— — Syndaktylie Mirkin 523.
Liebner 27, 746.

Digitized by Google

Liebner, E., Psychische Urtikaria 747.
— — Sarkoid Boeck 746.
Liégeois, M. s. Sacquépée, E.
Liengme, A., Toxizität des Trypaflavins 431.
Lignac, G. O. C. u. Kreuzwendedich von dem Borne, G. A., Teerkarzinom bei vitalgespeicherten Mäusen 156.
Lilienstein, Mycosis fungoides 351.
— Nageltrichophytie 351.
— Ulzeröses Syphilid der Oberlippe 351.
— Veronalexanthem 351.
— 353.
Lilienthal, L., Behandlung der Gonorrhoe des Weibes und Begutachtung der Heilung 399.
Lim, C. E. u. Kurotchkin, T. J., Kombinierte Kahn-Wassermann-Reaktion 670.
Lindsay, H. C. L., Behandlung des Leukoderms mit Goldnatriumthiosulfat 222.
Linke, H. s. Biberstein, H.
Linser, Beeinflussung der Haarregeneration durch äußere Reize 875.
— Purpura haemorrhagica nach Triphalinjektion 804.
— Trilysin 804.
— 318, 320, 803, 804.
Lipkin, Bakterizide Wirkung der Quarzlampe 469.
Lipschütz, B., Mäusekarzinom, Rattensarkom 529.
— — Untersuchungen über Mäusesarkom 156.
— — Zytologische Untersuchungen über das Rundzellensarkom 854.
Littauer u. Bonnin, Erzielung lokaler Immunität der Rachenorgane mit Immunoral 158.
Little, E. G. G., Erworbene Ichthyosis 324.
Littré, St. s. Meyer.
Lloyd-Williams, J. H., Knöcherne Plättchen in der Haut 811.
Lodder, J. s. Bonne, C.
Loehe, Erythema induratum 777.
— Leishmaniose (Aleppobeule) 146.
— Lichen planus universalis 777.
— Lupus erythematodes 146.
— Lues III 777.
— Lupus erythematodes acutus 692.
— Ulcus molle am Mittelfinger 591.
— Vakzine an der Ohrmuschel 146.
— H. u. Rosenfeld, H., Pigmentierung der Schleimhäute und Bedeutung bei der Wismutbehandlung 844.
— — — — — Wismutpigmentierungen der Blasenschleimhaut 782.
— Gedächtnisrede auf Arndt 689.
— Lupus miliaris 692.
Loehe, Lupus vulgaris tumidus 692.
— Sekundäre Syphilis 692.
— Tertiäre Lues 692.
— Tertiäre Syphilis der Tonsillen und Gaumenbogen 692.
Lönberg, N. s. Jacobsohn, G.
Löwenberg, Graviditätsdermatose 838.
Löwenstein, Rupia syphilitica 592.
— Salvarsanresistente Lues II/III 592.
— E. u. Singer, E., Unsichtbare Formen des Tuberkelbazillus 573.
— L. s. Buschke, A.
— W., Symmetrische multiple Lipomatose 155.
Loewenthal, L. J. A., Schambergsche Krankheit mit Beziehungen auf Blutcholesterol und epidermale Siderosis 807.
Loir, A., Impf-Feldzug gegen Pocken in le Havre 202.
*Lomholt, Svend, Wismutinfarkte und ihre Verhütung 278.
— S. 816, 860.
Lonjumeau, P. s. Babonneix.
Lorenz, J., Röntgenbestrahlung der Drüsen im Kindesalter 255.
Lortat-Jacob u. Poumeau-Delille, Herpes zoster generalisatus 696.
Loucks, R. E., Karunkel der Harnröhre 754.
Loughnane, F. McGillivray, Neue Operation der genitalen Tuberkulose 661.
Louste u. Pinoche, Dermatitis herpetiformis und Pemphigus conjunctivae 695.
— — — Krustöse Dermatitis der Kopfhaut und Streptokokkenerkrankung hinter den Ohren 695.
— — — Lichenoides Syphilid 695.
— u. Rault, Epitheliom der Glans 694.
— u. Thibaut, Beruflicher Syphilisschanker der Konjunktiva bei einem Laryngologen 694.
Lubarski, W. A., Schicksal des BCG im Organismus 231.
Lucien-Rouquès s. Pasteur.
Lucksch, F. u. Skutetzky, A., Morphologie und Filtrierbarkeit des Tuberkuloseerregers 255.
Ludowigs, C. H., Diagnostik der Hufeisenniere 194.
Lujan, M. u. Nauck, E., Epidermolysis bullosa aus Costa Rica 813.
Lurz, L., Ein Zeichen der Nierentuberkulose 195.
Lustig, B. s. Perutz.
Lutz, Arsentherapie bei Hautkrankheiten 722.
— Stoffwechsel und Haut 38.
— W., Arsentherapie von Hautkrankheiten 500.

Digitized by Google

Lutz, W., Ekzem und torpide Ulzera als Komplikationen von Hautverletzungen 498.
Lyle Kingery, Thymol und Zinnamonöl bei Pilzbehandlung der Kopfhaut 805.

MacArthur Brown, K. S., Paraphimose der Klitoris 754.
MacConaill, M. A., Beiderseitiger doppelter Ureter 323.
MacCormac, H., Primäres Sarkom der Haut 250.
Macdonald, W. J., Selbstgespräch über Syphilis 845.
Machlin s. Mamisoff.
MacKee, G. M., Syphilis bei älteren Leuten 253.
Mackenzie, D. W., Kleinzelliges Rundzellensarkom der Harnblase 663.
MacLeod, J. M. H., Monilia Infektion 846.
— 532.
Madlener, M. J., Primäre Multiplizität der Karzinome 854.
Maerker, W. s. Manteufel.
Magid, M., Zur Frage der Mißbildungen im Urogenitalsystem 703.
Magureanu s. Gavrila.
Mahlo 184.
Mahnert, A., Einfluß der Röntgenstrahlen auf Ovarialfunktion und Hypophysenvorderlappen der weißen Maus 402.
Majocchi, Domenico 390.
Maire u. Woringer, Generalisierte Eruption im Gefolge einer Impetigo 29.
— — — Lichen planus der Mundschleimhaut 29.
Makaschew, G. W., Verletzung der Vena cava bei Nephrektomie 624.
Malcolm s. Klauder.
Maley s. Wichels.
Mallinckrodt-Haupt, Neuer Trombidioseherd in der Eifel 624.
— Zur Biologie der pathogenen Hautpilze 875.
Maluschew, D., Cystitis dissecans gangraenescens bei einem Manne 404.
Mamisoff u. Machlin, Bedeutung der Konstitution für die Pathologie der syphilitischen Hauterscheinungen 629.
Mandel, A., Xanthoma juvenile 746.
Manges, W. F., Vorteile der Pyeloskopie 292.
Manteufel, P. u. Herzberg, K., Virusnachweis durch Drüsenverimpfung beim kongenital syphilitischen Säugling 189.
— — u. Maerker, W., Gewerbsmäßige Ausführung der Syphilisreaktionen 668.
Maranon, G., Säure-Basen-Gleichgewicht bei Addisonscher Krankheit 81.
Marchionini, Differenzierung syphilitischer Erkrankungen des Zentralnervensystems durch die Komplementbindungsreaktion mit Gehirnextrakt im Liquor cerebrospinalis 875.
— A., Intrakutane Tuberkulinreaktion nach Bessan bei Hauttuberkulose und Erythematodes 598.
— — Wasserstoffionenkonzentration der Haut 594.
— — s. Rost, G.
Marchisio, L., Purpura anularis telangiectodes 466.
Marcozzi, A., Argentumthiosulfatum sodicum bei Gonorrhoe 493.
— — Vegetativ-endokrine Störungen in atrophierenden chronischen Follikulitiden 461.
Marcus, K., Prophylaxe der Syphilis congenita 623.
— M., Verödungstherapie der Krampfadern 809.
Margarot, J. u. Devèze, P., Woodsches Licht in der Dermatologie 356.
Mariantschik, L. P., Gumma penis et scroti 260.
Marin, A. s. Archambault.
Marinesco, M. G., Anatomisch-klinische Untersuchung über das Syphilisvirus 389.
Marion, H., Transversale Verletzungen der Ureteren 99.
— — Transversale Verletzungen des Ureters 420.
Mariotti, E., Einspritzungen von Liquor 676.
Markianos, J., Abführmittel beim Ekzem 394.
Markoff, K., Adenoma papilliferum malignum der Nase 158.
Marsh, Fr., WR und Kahnsche Reaktion 670.
*Martenstein, H., Laboratoriumskonferenz über Serodiagnose der Syphilis in Kopenhagen 111.
— — s. Kesten, B.
— — u. Jung, G., Strahlenbehandlung des Skleroms 159.
— — u. Noli, R., Intradermale Tuberkulinprüfung mit fallenden Konzentrationen bei Haut- und Geschlechtskranken 596.
Martin, H. s. Herxheimer.
Martin-Luque, T., Radiographie der Miktion bei Veränderungen der Prostata 749.
Martineau, J. s. Weissenbach.
Martinotti, Allergisches Ekzem 876.
— L., Mineralöle bei Hautkrankheiten 96

Digitized by Google

Marullaz, Wirkung der Magnesiumsalze auf die Entwicklung der Teergeschwülste 157.
Mary, C., McIntyre u. Gilman, R. L., Klinischer Vergleich zwischen Kolmerscher und Komplementfixation und der Kahnschen Präzipitinmethode 329.
Maschkilleison, Syphilis kerionoformis 520.
— s. Benjamowitsch.
— L. H. u. Minsker, S. M., Erythema chronicum migrans 665.
— — N. u. Joukelis, J. J., Historische, klinische und anatomische Studien über zirkumskripte Neurodermitis 664.
— u. Minsker, Erythema chr. migrans Lipschütz 119.
Masia, Zum Studium der Schambergschen Krankheit 460.
Massey, A. u. Gladys Russel, Hautdiphtherie als Ursache des Auftretens einer Epidemie 202.
Massia, G. s. Gaté, J.
— — s. Nicolas, J.
— — u. Rousset, J., Mikrosporie und Trichophytie der Kopfhaut bei Erwachsenen 390.
Masuda, R., Kalkablagerung in der Haut 121.
— — Unter die Haut eingepflanzte Haare und Genese der Riesenzellen im reaktiven Granulationsgewebe 100.
Mathé, Ch. P., Beseitigung der durch die Prostata bewirkten Harnstauungen durch den Elektrokauter 293.
— — — Luftembolie bei Eingriff an der Harnblase 422.
Matras, Argyrie 458.
— Eczema mycoticum an Händen und Füßen 875.
— Lupus erythematodes disseminatus mit Exazerbation unter HS-Bestrahlung 289.
— Lupus erythematodes subacutus, Obduktionsbefund 289.
— Naevus linearis unilateralis systematicus 459.
— Pilzkulturen von Eczema mycoticum pedis et manus 459.
— Pemphigus vulgaris benignus 459.
— Papulonekrotische Tuberkulide 288, 459.
*— A., Naevus atrophicans unilateralis comedonicus 433.
Matsunaga, T., Finger- und Zehenkontrakturen bei Bewohnern der Südseeinsel Truk 123.
— — Röntgenuntersuchungen der Fingerkontrakturen 124.
Mattissohn, Behandlung von Unterschenkelgeschwüren mit Philoninsalbe 810.
Matzenauer 476.
Mayer, Sensibilisierungsversuche bei Tieren 875.
— E., Hypertrichose und Behandlung 160.
— R. L., Ursol- und Pellidolüberempfindlichkeit 189.
— — — 260.
Mayer-List, R., Cutis marmorata 44.
Mayr, NaCl-Ausscheidung bei Dermatosen 875.
— J. K., Lehrbuch der Haut- und Geschlechtskrankheiten 295.
— — — Neue Dermatologische Klinik München 783.
Mazgon, R., Kisssche Reaktion in der Diagnose der Syphilis 671.
Mazzanti, C., Merkwürdiger Fall von Sklerom 459.
McBride, W. L. s. Dennie.
McCafferty, Lawrence K. 532.
McDermott, E., Quantitative Kahn-Reaktion mit Standard- und sensibilisierten Antigenen 806.
— — s. Kahn, R. L.
McDonald, H. P. s. Ballenger.
McIntyre s. Mary, C.
McKee 476.
Meineri, P. A., Funktion der Prostata in den Schriften von Rufus von Ephesus 460.
— — — Leukozytenformel bei Adrenalin- und Pilokarpininjektion in die Haut 461.
— — — Säure-Basengleichgewicht in der Haut der verschiedenen Regionen 460.
Meinicke, MKR im Vergleich mit anderen Methoden 875.
— E., Meine Klärungsreaktion auf Syphilis 304.
— — Neue Methoden der Serumdiagnose der Syphilis 843.
— Ernst 532.
Meirowsky, Naevus pigmentosus pilosus bei Mutter und Kind an derselben Stelle 54.
*— E., Tatsächliche Feststellung zum Schlußwort des Herrn E. Hoffmann 582.
Meisel, H. u. Mikulaszek, E., Reduzierende Substanzen in schleimigen und nichtschleimigen Stämmen des Rhinosklerombazillus 564.
Meixner, K., Operationen an Hermaphroditen 40.
Melzer, Behandlung eines Kindes mit Noma durch Insulin 502.
Memmesheimer, Esophylaxie 875.
— A. M., Frühjahrsgipfel des Ekzems 191.
Mendel, Krebszelle und Glyzerinaldehyd 788.
Mendes da Costa 476, 841.

Digitized by Google

Menninger, W. C., Kongenitale Syphilis des Pankreas 253.
Měska, A., Persönliche Prophylaxe der Geschlechtskrankheiten 564.
Mestchersky, G., Neue Stigmata der kongenitalen Syphilis 843.
Mészaros, K., Kapillarmikroskopische Beobachtungen bei Sklerodermie 853.
Meyer-Buley s. Klöverkorn 875.
Meyer, E., Sexualleben der Landjugend 758.
— Hertha s. Fischer, A.
— H., Hautplastik für Behandlung der Hypospadie 402.
— J. s. Gougerot.
— — u. Littré, St., Prothese für Nasenverstümmelungen 695.
Mibelli, A., Verwendung von Ratanhiaextrakt in der Dermatologie 494.
Michael 620.
— J. C., Vaskulärer Naevus 222.
— — — u. Scale, E. R., Dermatosis papulosa nigra 625.
Michel 666.
— P. s. Gaté, J.
— s. Nicolas.
Mierzecki, Pruritus lueticus 492.
— Röntgengeschwür 492.
Miescher, Gegenwärtige Methoden der Krebsbestrahlung 532.
— Lichtschutz und Lichtgewöhnung 722.
— Röntgentherapie der Hautkarzinome 723.
— Zahnanomalien und Lues congenita 722.
Mihaljević, F. u. Spengler, G., Malariakur bei Mesaortitis luetica 676.
Mihajlović, V., Behandlung der Psoriasis mit Verdauungsprodukten aus Hautschuppen 499.
— — s. Meisel.
Mikulaszek, E., Komplementablenkungsreaktion bei Rhinosklerom 532.
Mikulowski, V., Fieberhafte kongenitale Syphilis bei 14jähr. Kinde 845.
Milian 816.
— Akute infektiöse Roseola 693.
— Konflikte bei Behandlung der Syphilis 848.
— Malariagelbsucht bei antisyphilitischer Behandlung 693.
— u. Garnier, G., Papulöses Tuberkulid bei Gelenkrheumatismus 696.
— u. Nativelle, Primäre Melanodermie 695.
— G., Amenorrhoe durch hereditäre Lues 394.
— — Angiolupoid der Wange 393.
— — Atrophie der Haut nach Impetigo vegetans 850.
— — Endocarditis vegetans, polymorphes Erythem, Tod durch Hirnblutung 393.
Milian, G., Erythrozyanose der Unterschenkel 393.
— — Hautläsionen nach 50 Jahre zurückliegender Furunkulose 393.
— — Langdauerndes polymorphes Erythem bei Endokarditis 393.
— — Polymorphes bullöses, mit Salvarsan geheiltes Erythem 394.
— — Stomatitis arsenicalis 394.
— — Ulcus molle auf tertiär-luischem Geschwür 850.
— — u. Lafourcade, Reinfektion bei Lues 694.
— — u. Périn, Fibrome der Ohrläppchen an Stelle der Durchbohrung für Ohrringe 394.
Miller, Th. H., Klines Objektträger-Präzipitationsmethode 254.
— u. Morrow, Kokzidiosis und Blastomykosis 876.
Milmann, Ulerythema sycosiforme (Sycosis lupoides) 560.
Milochevitch, S., Wachstum des Soorpilzes auf verschiedenen Nährböden, besonders solchen aus Körperorganen 567.
Minder, J., Blasensteinbildung bei Urogenitaltuberkulose 196.
Minsker s. Maschkilleison.
Mitchell, J., Samenblasenentzündung und chronische Prostatitis 322.
Miyake, I., Hautveränderung und Zuckerstoffwechsel 121.
Miura, H. s. Nakanoin, T.
Mkrtischjanz u. Tschugujewa, Methode und klinische Bedeutung der Spermakulturen 120.
Moensch, G. L. u. Holt, H., Zahl der Spermatozoen in Beziehung zur Fruchtbarkeit 662.
Mohr, G. I. u. Waterhouse, E. H., Enuresis bei Kindern 403.
Mohrmann, B. H. U., Diagnose der kongenitalen Syphilis durch Nachweis der Spirochaeta pallida im Konjunktivalsekret 844.
— — — — Guttadiaphotmethode 327.
Molesworth, E. H., Romantik der Syphilis und ihr Schwinden 843.
Mombaerts, J., Warum werden manche Blasensteine bei Röntgenaufnahme nicht sichtbar? 422.
Monacelli, Retikulo-endotheliales System und Haut 876.
Moncorps, Kohlehydratstoffwechsel und Schwefelhaushalt 875.
Montesano, V., Handbuch für Hautkrankheiten 40.
Montgomery, D. W., Der Kliniker Albert 228.
— — — Streit über die Krätzemilbe 228.
— H., Oberflächliche Epitheliomatose 228

Digitized by Google

Montlaur, Säuglingsekzem 876.
Montpellier, J. u. Bonomo, J., Ulcus molle der Zunge 396.
Montreuil-Straus, G., Komitee für Erziehung der Frauen der französischen Gesellschaft für gesundheitliche und moralische Prophylaxe geleistete Arbeit 42.
Moran, Abortivbehandlung der Gonorrhoe nach Englebreth 421.
Mori, K., Behandlung der luetischen Zentralnervensystemkrankheiten mit intralumbaler Proteininjektion 675.
Morin, A. s. Kotzareff, A.
Moro, E., Eczema infantum 498.
Morrow s. Miller.
Morsier, S. de s. Kotzareff, A. J.
Morton, S. A. s. Desjardins, A.
Mosdzien, Tuberkulid in flächenhafter Ausdehnung 840.
— Tuberculosis cutis colliquativa 840.
Moskoff, Ir., Seltene Hymenformen 754.
Moskowicz, L., Operationen an Hermaphroditen 40.
Mosto, D., Dermatoneurome 390.
Motylew, Maßregeln gegenüber der Prostitution im Lichte des fünfjährigen Planes 523.
Mousson, G. L., Lymphogranulomatose unter dem Bilde der Mycosis fungoides 325.
Mouzon, J., Morrhuat des kolloidalen Kupfers bei der Tuberkulosebehandlung 255.
Muchow, H., Essig als Mittel der Gesundheitspflege 229.
Mühle, Gonorrhoebehandlung mit Silber-Quellstäbchen (Partagon) 398.
Mühlpfordt, H., Ist nach Penisamputation Kindererzeugung möglich? 704.
— — Spirochätenlipoproteid und Salvarsan 628.
— — Wie lange können Gonokokken im Mastdarm virulent bleiben? 196.
Müller 220.
— Fast universelles Rhabelomyoma cutis 839.
— Zur Zentrifugiermethodik der MBR II 875.
— s. Delbanco.
— s. Myers.
— H., Naevus und Lichen planus 219.
— R., Vereinfachte Methodik der Ballungsreaktion 668.
Muende, J., Konjunktivitis bei Trichophytie 807.
— — Röntgenbehandlung der Paget Disease 687.
Mukai, T., Pemphigus vegetans 562.
Mukulowski, V., Geschlossene Tuberkulose bei Kindern 258.
Mulzer 349, 350, 351, 352.
— Alopecia mycotica cicatrisans 351.
— Demonstration seltener Dermatosen 875.
— Gedenkworte für P. G. Unna 346.
— Kongenitalluetische Meningomyelitis? Syringomyelie? 352.
— Sclerodermie en plaques bzw. en bandes an Druckstellen 352.
— Paul 504.
— P. u. Hahn, C. F., Tierexperimentelle Beiträge zum Problem der kongenitalen Lues 632.
Mumford, Einseitige Erythromelalgie hysterischen Ursprungs 807.
Munk, A. s. Nathan.
Musger, Knotenbildungen in der Haut 875.
Muskatblüth, Naevus anaemicus 220.
Myers u. Müller, Vegetatives Nervensystem und Arsendermatitis 875.

Nadel, Casus pro diagnosi 491.
— Epitheliom der Unterlippe 491.
— Ichthyosis vulgaris 492.
— Lues gummosa 492.
— Lues gummosa am Hodensack 492.
— Lues papulosa und Livedo racemosa 492.
— Syringomelie 491.
— Tuberculosis ulcerosa 491.
— Tuberkulose der Wangenschleimhaut 491.
Naegeli, Acne necrotica des behaarten Kopfes nach Grippe 724.
— Chrysarobindermatitis, Verhinderung durch U.-V.-Bestrahlung 722.
— Cutis laxa 724.
— Darier-Roussysches Sarkoid geheilt mit Tuberkulin Beranek 724.
— Dariersche Krankheit 724.
— Ekzematoide Hautdiphtherie 724.
— Essentielle lineäre Telangiektasien 724.
— Falsche Sklerodermie beim Neugeborenen 724.
— Familiäre Keratodermia palmaris et plantaris 724.
— Keloide nach Impfung bei 4 Kindern derselben Familie 724.
— Kongenital-Syphilitiker 724.
— Lupus pernio (Boecksche Sarkoide) 724.
— Lupus vulgaris giganteus 724.
— Mal de Meleda 724.
— Miliares Lupoid des Gesichts 724.
— Naevus ichthyosiforme 724.
— Naevus sebaceus en plaque auf der Brust 724.
— Naevus vascularis der ganzen rechten Gesichtshälfte 724.
— Nikotinulkus 724.

Digitized by Google

Naegeli, Psoriasis der Beine 724.
— Rezidivierendes papulöses und psoriasiformes Trichophytid 724.
— Schambergsche Krankheit oder Urticaria pigmentosa 724.
— Sklerodaktylie mit generalisierter Sklerodermie 724.
— Xeroderma pigmentosum fruste 724.
*Nagel, H., Unspezifische Hemmungen bei der WR 795.
Nakanoiu, T. u. Miura, H., Selbstreinigung der Scheide 753.
Nanta, Hauterscheinungen bei Splenomegalien und Aspergillosen 149.
— Melanodermie und mykotische Siderose 876.
Nardi, J., Gold in der Behandlung von Erysipel 465.
Narducci, F., Glykämie und Hautleiden, Insulinbehandlung 466.
Nasta, M. s. Panaitesco, V.
Nathan, E. u. Munk, A., Sensibilisierungs- und Allergieerscheinungen der Haut gegenüber Salvarsan 674.
— — Munk, A. u. Grundmann, H., Sensibilisierungs- und Allergieerscheinungen der Haut gegenüber Myosalvarsan 674.
— E. u. Stern, Fr., Chlor- und Wassergehalt der normalen durch Quarzstrahlen entzündeten Kaninchenhaut 782.
Nativelle s. Milian.
Nattan-Larrier, L. u. Richard, L., Hereditäre Übertragung der Anaphylaxie 101.
Nauck, E. s. Lujan, M.
Navarro, M. A., Wann muß die Reaktion von Meinicke abgelesen werden? 37.
Nayrac, P. s. Bertin, E.
Nebenführer, Tuberculosis papulo-necrotica et indurativa 26.
— L., Carcinoma basocellulare 747.
— — Inflammatio cutis racemosa calorica 22.
— — Tuberoserpiginöse Lues 747.
Necker, F. s. Posner, C.
Nègre, L., Boquet, A. u. Valtis, J., Abschwächung der Virulenz des Tuberkelbazillus durch frühzeitige Weiterimpfungen 257.
Negroni, P., Ein neues Trichophyton endothrix, Trichophyton areolatum n. sp. 568.
Neill, W., Mit Radium behandelte maligne Blasentumoren 291.
Nékám 23.
Neradow s. Lewin.
Netherthon, E. W., Leukonychia striata 160.
Netter, A., Vakzine-Enzephalitis 857.
Nettes, A., Vakzinale Enzephalitis 20.
Neuber 27.
— Biologische und allergische Reaktionen bei Sklerom 875.
— E., Fall von Filaria sanguinis in Hajdunanas, Ungarn 465.
— — Filaria sanguinis in Hajdunanas, Ungarn 503.
*— Eduard, Quecksilberwirkung im syphilitischen Organismus mit Berücksichtigung der Anhäufung im gesunden und kranken Hautgewebe 647.
*— — Zur Pathologie und Therapie der humanen Mikrosporie 366.
Neumann, A., Krebsbehandlung des Dr. Salzborn 530.
Nichols, B. H., Röntgenologische Diagnose von Erkrankungen des Ureters 291.
Nicolas, Gaté, Coste u. Michel Radiotherapie der Tuberkulose 876.
— J., Gaté, J. u. Rousset, J., Hautentzündung durch Phosphor 391.
— — Lacassagne, J. u. Froment, R., Gangrän der Inguinalgegend im Gefolge einer Adenitis und Pyodermie der Vorhaut 720.
— — — — — — — Naevus verrucosus des behaarten Kopfes 720.
— — — — — — — — Natriumhyposulfit bei Ekzem 719.
— — — — — — — — Neuer Fall von Pellagra 719.
— — — — u. Rousset, J., Basalzellen-Epitheliom wahrscheinlich infolge von Teer 31.
— — — — — — — — Orchi-Epididymitis mit Fistelbildung 32.
— — — — — — — — Tuberculosis verrucosa der vierten Zehe 32.
— — Lebeuf, F. u. Froment, R., Gangrän des Gliedes infolge Kolibazillen 719.
— — — — u. Rousset, J., Perianale Ulzerationen mit Fusospirillen durch Päderastie 31.
— — Massia, G. u. Rousset, J., Epitheliom am Schenkel 32.
— — — — — — — — Histologische Untersuchungen bei einem Teerarbeiter 719.
— — Pétouraud, Ch. u. Froment, R., Salvarsandermatitis von dysidrotischer und vesikulös-pustulösem Typus 717.
— — Rousset, J. u. Froment, R., Schwere Form von Dermatitis herpetiformis 718.
— — u. Froment, R., Lupus erythematodes der Haut und Mundschleimhaut 719.

Digitized by Google

Nicolas, J. u. Rousset, J., Konfluierende Eruption von Lichen planus an bestrahlten Stellen 31.
— — — — — Urticaria pigmentosa mit spätem Beginn 718.
Nicolau u. Blumenthal, Haut- und Knochengummen durch Geflügeltuberkulose 876.
— S. u. Blumenthal, M., Auf B. avianus beruhender Fall von Lupus 258.
— — — — — Tuberkulöser Lupus durch Geflügelbazillus 392.
Nicolich, G., Beiderseitige Nierengeschwülste 193.
Nielsen, L., Krätzebehandlung in Frederiksberg 569.
Nikiforowa, M., Lepra maculo-anaesthetica, kombiniert mit Trichophytie 520.
Nikoloff, Atypisch angeordnetes Skrofuloderma unter dem Kinn 870.
— Osteoperiostitis luetica 870.
Nikolski 44.
Ning, Bubonulus syphiliticus 220.
— Tuberoserpiginöses Syphilid 221.
Nishii, R., Reaktion der regionären Lymphknoten bei lokaler Infektion und Reinfektion 428.
Nissen, R., Harnröhrenplastik zur Beseitigung der skrotalen Hypospadie 404.
Nixon, N. K. s. Rothmann, P. E.
Nobel, E., Tuberkuloseprophylaxe 258.
Nohira, A., Hereditäre Immunität bei Rückfallfieber 122.
— — Ist die Wanze ein Überträger für Rückfallfieber 123.
— — u. Yanagawa, S., Hereditäre Immunität und Rieckenbergsche Reaktion bei Rückfallfieber 124.
Noli, R. s. Martenstein.
Nora, G., Verletzungen der Vena cava inferior 750.
Nowotelnowa, Gonorrhoe bei kleinen Mädchen 521.
Numata, M. s. Hashimoto, T.

Odland, H. u. Hoffstadt, R. E., Monilia Pinoyi-Castellani 226.
O'Donovan, W. J., Keratodermia gravis acuta 323.
Oelrichs, L. s. Groß, H.
Oelsner, G., Behandlung der Prostatahypertrophie 194.
Ohno, T., Angioma cavernosum faciei mit Glaukom 121.
— — s. Hashimoto, T.
Ohya, Z. s. Yamamoto, J.
Okun, Entwicklung der venerologischen Dispensaire 523.
— Tätigkeit einer venerologischen Abteilung in Sibirien 524.
Oldershaw, H. Leslie, Gonorrhoe in einem Knabeninternat 809.
Olivieri, J., Streptococcus chromogenes. Ursache der chronischen Pyelonephritis 421.
Oloffs, P., Gesichtsfurunkel, seine Bedeutung und Therapie 814.
Olsen, R. E., Färbungsmethoden der Spirochaeta pallida im Gewebe 252.
Oppenheim 455.
— Dermatitis atrophicans an gekreuzten Extremitäten 286.
— Dermatitis atrophicans mit Acrofibromatosis 287.
— Eigentümliche Degeneration der Haut bei einem Diabetiker 457.
— Hauterkrankungen durch arsenhaltigen Maueranstrich 875.
— Verätzung durch Kunstdünger 287.
— Verätzungsgeschwüre durch Kunstdünger 457.
*— Klara, Myasthenia pseudoparalytica wahrscheinlich auf kongenital-luischer Basis 769.
— M. u. Feßler, A., Epidemiologie der Geschlechtskrankheiten und Skabies in Wien 42.
Oppenheimer, R., Steinschnitt bei Uretersteinen am vesikalen Ende bei der Frau 661.
— — Ureterolithotomie am juxtavesikalen Harnleiterende beim Weibe 193.
Orbach, E., Zinntherapie pyogener Erkrankungen der Haut 130.
Orlow, S. s. Efron.
Orosz, D., Prophylaktische Varizellenblutimpfung 571.
Orsós 25.
— Alopecia areata generalisata 28.
Orth, Zwei Fälle von erblichem Melanismus 187.
Orzechowski, G., Züchtung des Tuberkelbazillus nach Uhlenhut und Hohn 230.
Osmond, T. E., Hintonsche Reaktion auf Syphilis 669.
— — — Komplementbindung bei Gonorrhoe 809.
Osnato, M., Psychotherapie der Impotenz 291.
Osol, A., Tuberkelbazillenfärbung im dicken Ausstrich nach Bearbeitung der Untersuchungsobjekte mit Antiformin 573.
Osterberg, A. E., Rubenstein, M. W. u. Goeckermann, W. H., Absorption von Schwefelverbindungen bei Schwefelbädern 223.
— — — s. Goeckerman, W. H.
Ostrowski, Folliculitis exulcerans 491.
— Lichen planus 491, 492.

Digitized by Google

Ostrowski, Naevus sebaceus 491.
— Zur Vorbeugung der Salvarsanintoleranz 492.
— u. Goldschlag, Zusammengehörigkeit der Atropho- und Sklerodermien 492.
Ottensooser, F. s. Caspari.
Otto, E., Röntgenbehandlung oberflächlicher Entzündungen 814.
— R. u. Blumenthal, G., Aktive Immunisierung gegen Diphtherie 202.
Ottow, B., Einbrüche genitaler Eiterherde in Harnblase und Harnleiter 752.
Owensby, N. M., Sexuelle Frigidität 291.
Owtschinnikov, Nik. u. Schischov, I., Geschlechtsbestimmung auf Grund der Blutreaktion 196.

Pack, Teermelanosen 561.
— Zur Frage der Pechhaut 561.
— G. u. Adair, F., Tertiäre Syphilis der Brust 805.
Palcsé, V., Ursachen des nach Lumbalpunktion auftretenden Meningismus 700.
Paldrock, A., Blutgruppen der Leprösen in Estland 784.
— — CO_2-Schnee- und Lopionbehandlung der Lepra 572.
Palugyay, J., Indikation und Technik der Röntgenbestrahlung bei akuten und chronischen unspezifischen Entzündungen 104.
Panaitesco, V. u. Nasta, M., Kutan- und Intrakutanreaktion mit Tuberkulin im Verlaufe der verschiedenen klinischen Formen der Tuberkulose 257.
Papp, G., Luetische Apoplexie bei neunjährigem Mädchen 300.
Pares, P., Suprapubische Prostatektomie 749.
Paris, Milzbrandpustel mit Septikämie, geheilt durch Serumtherapie 131.
Pasini, A., Fieber- und Malariabehandlung der Syphilis 699.
Pasteur, Vallery-Radot u. Lucien-Rouques, Chokphänomene bei Urtikaria 665.
Patla, Pathogenese des Ekzems 120.
Patsch, F. S., Konservative plastische Operationstechnik der Hydronephrosen mit aberranten Gefäßen 663.
Patterson, M. B. s. Sheplar, A. E.
Paul, Th. M., Unmittelbare physiologische Heilung des Ekzems und der Urtikaria 660.
Paunz, J. u. Csoma, E., Ist die Immunität der Neugeborenen gegen Scharlach plazentarer oder laktatorischer Herkunft 857.
Pautrier 104, 666, 667, 722.
Pautrier, L. M., Fox-Fordycesche Krankheit bei einem Manne 30.
— — — Haemangiectasia hypertrophica Parkes-Weber 723.
— — — u. Alice, Hypertrophische Hämangiektasie 847.
— — — u. Diss, Basalzellenepitheliom des Kopfes 30.
— — — — — Ölhaut bei einem Dreher 30.
— — — u. Woringer, Trichophytie mit Thallium-Epilierung 30.
Pawlowsky, E. N. u. Stein, A. K. Dermatitis durch Rhycoglyphus hyacinthi 597.
Payne, R. T., Injektionsbehandlung der Varizen 472.
Pearce, Louise, Blutveränderungen bei Kaninchensyphilis 876.
Pechur s. Sorinson.
Peck, S. M., Epidermophytide in Form postskarlatinöser Schuppungen an den Händen 567.
— — — Epidermophyton im Blut bei Fußmykose 567.
— — — s. Jadassohn, W.
— — Pigmentstudien 723.
Peiser, B. s. Buschke, A.
Pendergrass, E. P. u. Bromer, R. S. Kongenitale Knochensyphilis 628.
Per, M. J., Verruköse Aburt der tertiären Syphilis 873.
Perekropow, G. J., Einhalttuende Wirkung frischer Syphilis auf Malaria tertiana 301.
Pericić, B., Behandlung des Milzbrandes 502.
Périn s. Milian.
Perkel, J. D. u. Pretschkin, E. S. Übertragung der Syphilis auf die dritte Generation 191.
— — — u. Tarsis, F. J., Ätiologie und Prophylaxe der meningitischen Beschwerden nach Lumbalpunktion 3[illegible]
Perkins, Ch. W., Naevus verrucosus Röntgenbehandlung 292.
Perutz, Beeinflussung des Wasserhaushaltes beim akuten Ekzem 875.
— Dermatitis herpetiformis 456.
— A., Allgemeine Therapie der Hautkrankheiten 698.
— — Brügel, S. u. Grünfeld, E. Kälteurtikaria 474.
— — u. Lustig, P., Wasserstoffionenkonzentration der offizinellen Umschlagwasser 509.
Pesterew, Heterosuperinfektion bei Syphilis 523.
Peters, B. A. u. Allison, S. F., Intranasale Immunisierung gegen Scharlach 200.

Digitized by Google

Peters, H., Metastase nach Schweinerotlauf im Auge 131.
Petges, G., Domenico Majocchi 390.
Petouraud, Ch. s. Nicolas, J.
Petraček, Lymphe und Hautkrankheiten 876.
Petrow, N., Geschlechtskrankheiten des Schtschigrowschen Kreisvendispensärs 121.
Petscherski, Moorbäder bei chronischen gonorrhoischen Komplikationen 521.
Pette, H., Herpes simplex und Vakzine, immunbiologische Wechselbeziehungen 475.
Petzold, v., Auswirkungen des Gesetzes zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten 759.
Peyri, Ekzem der Hände 875.
Pfaundler, v., Schutzimpfung und Heilserumbehandlung bei Masern 570.
Pfeiffer, H. s. Brüda.
Pflaumer, E., Intramurales Ureterpapillom 194.
Philippson, Louis 104.
Photinos, P., Effloreszenzen der Handflächen und Fußsohlen durch Epidermophyton Priestley 694.
— — Falsche Teigne amiantacée 389.
— Panagiotis, Seltene Formen exotischer Hautkrankheiten 847.
— Theodor, Creeping Disease 850.
Picard, E., Endovesikale Behandlung der Incontinentia urinae beim Weibe 195.
Pick, Hyperkeratose des Handtellers 656.
— W. 387, 556.
Pietsch, St., Rhinosklerom 746.
Pigalew, I. u. Kusnetzowa, Z., Bedingungen der Entwicklung begrenzter und diffuser Affektionen trophischen Charakters 430.
Pillet, Kolibazillus im Katheterharn Harnkranker 752.
Pillsbury, Kohlehydratstoffwechsel bei Hauterkrankungen 876.
Pinard, M. u. Rabut, Atrophierendes Syphilid 696.
— — Rabut, Girnad u. Abricosoff, Malariabehandlung der Lepra 696.
— u. Horowitz, Latente syphilitische Superinfektion 876.
Pincussen, L., Mikromethodik der Harn-, Blut- und Organbestandteile 358.
Pineles, F., Endokrine Beziehungen der Akrozyanose 815.
Pinkus 780.
— Lichen planus oder scrofulosorum 621.
— Lichen ruber oder Lichen scrofulosorum? 592.
— Morphinistin mit Lupusknötchen um die Spritzabszesse 692.
— Wachstum des menschlichen Nagels 875.
Pinoche s. Louste.
Pintér, Dermatitis atrophicans 28.
Pinto, M. u. Sousa Dias, A., Rodillonsche Reaktion für die Serodiagnose der Syphilis 669.
Planner, H., Organluetinreaktion und ihr Anwendungsgebiet 629.
Platowskij, Gonorrhoe in Rostow a. Don 525.
Pleschner, H. G., Divertikelstein 193.
Pllak, W. s. Podvinec, E.
Plunkett, O. s. Frost, K.
Podvinec, E. s. Epstein.
— — u. Pllak, W., Harnblasenblutungen bei Grippe 726.
Palák, O., Injektionstherapie der Varizen mit Varicophthin 564.
Poljakoff, N., Möglichkeit der Notzucht oder des freiwilligen Geschlechtsverkehrs ohne Hymenruptur 757.
Pollak, F., Lues des Zentralnervensystems, ausgelöst durch Trauma 627.
— — Neue Gesichtspunkte zur Therapie der Metalues 359.
Pollock, R., Greifzange für Zirkumzision 294.
Pollwein, O., Behandlung des Nackenkarbunkels 130.
Polu s. Spillmann.
Pomus, Sarcoma idiopathicum haemorrhagicum multiplex 520.
*Poór, F., Lymphogranulomatose mit eigenartiger Keratinisationsstörung 609.
Popchristoff, Arthritis blennorrhoica 872.
— Dermatitis herpetiformis 870.
— Epithelioma basocellulare der Sternalgegend 872.
— Keloidakne? 871.
— Kerion Celsi 871.
— Ulzero-gummöse Syphilis 872.
Popoff 504.
— Acanthosis nigricans 869.
— Folliclis-Acnitis 247.
— Lymphogranulomatose mit lymphatischem Pruritus 871.
— Mamma- und Lungentuberkulose 247.
— Mycosis fungoides d'emblée 872.
— Papulonekrotische Tuberkulide von Art der Folliclis-Acnitis 247.
— Vulväre und perineale elefantiastiforme Veränderungen mit Adenitis inguinalis 869.
— N., Malariabehandlung in der psychiatrischen Klinik in Sofia 360.
Popow, N. A., Atrophische syphilitische Spinalparalyse 627.
Popper, Dermatoskopie bei Finsendruckbestrahlung der normalen Haut des Menschen 187.
Porcelli, Therapie der Hautgeschwülste 876.

Digitized by Google

Portilla, de la, Autosuperinfektion 876.
— J. F. de la, Intraarterielle Therapie 751.
— — — — — Xanthoma multiforme generalisatum von familiärem Charakter 751.
— — — — — s. Bejarano, J.
Portwich, Funktion des Harnblasenschließmuskels 726.
Posner, C., Rothschild, A. u. Necker, F., Iconographia urologica 39.
Potapow s. Salkan.
Potaschnik, M. B., Essigsaures Thallium bei Pilzerkrankungen 192.
— — s. Wainstein.
Poumeau-Delille s. Lortat-Jacob.
*Pozojewa, N. G., Fall von Chromoblastomykose 615.
Prados y Such, M., Beitrag zum Studium der Pellagra 525.
Praetorius, G., Besteht eine Bilharziagefahr für Deutschland? 814.
Prausnitz, C. s. Georgi.
Pretschkin, E. S. s. Perkel, J. D.
Preuss, H., Ichtoxylsuppositorien bei Hämorrhoidalleiden 757.
Prigge, R., Immunbiologische Ergebnisse der experimentellen Syphilisforschung 630.
— — s. Jahnel.
— — u. Rutkowski, E. v., Syphilisimmunität und symptomlose syphilitische Superinfektion beim Menschen 630.
Procházka, Erysipeloid Rosenbach 518.
Prokoptschuk, Schambergsche Krankheit 561.
— A., Schambergsche Krankheit 392.
Puestow, K. L., Maduromycosis 625.
Pugh, W. S., Harnröhrenverengerung 661.
Puhl, H., Röntgenuntersuchung der männlichen Harnröhre 703.
— — Sarkome der Harnröhre 194.
Pulay, E., Stoffwechsel und Haut 154.
— Zur Pathogenese der Psoriasis 875.
Pulyertaft, R. J. V., Pathologische Wirkungen des Streptokokkentoxins bei Kaninchen mit Bezug auf Ätiologie der Purpura fulminans 427.
Punskij, Tabes und gleichzeitig Sarcocele syphilitica 525.
Pürckhauer 321.
Pusey, Allen William 860.

Queyrat, L., Dispensär für Seeleute in Boulogne sur Mer 694.
Quigley, D. T., 15 Jahre Radium bei Neubildungen 662.
Quiroga, R., Differenzierung des Diphtheriebazillus von Pseudo-Diphtherie- und diphtheroiden Bazillen 426.

Raabe, R., Behandlung der Zystitis mit Uronovan 403.
Raadt, O. L. E., Ernährungsproblem in der Bekämpfung der Lepra und Tuberkulose 573.
Rabut s. Hudelo.
— s. Pinard.
— R. u. Guex, J., Verbrennung durch Umschläge mit Karbolsäure 293.
Rachmanow s. Tschernogubow.
Rachmilewitz, M., Fall von Pellagra 525.
Radó, B. u. Huth, Th. v., Tuberkelbazillenzüchtung nach Löwenstein-Hohn aus dem Urin 230.
Rajewski, Gold zur Behandlung der Lepra 572.
Rajka 23, 25.
— E. s. Lehner.
— — Lingua geographica 746.
*— — s. Gebe r, H.
— u. Radnai, E., Beeinflussung der Neurolues und WR durch Licht- und Eigenblutbehandlung 875.
Ramel, Darier-Roussysche Sarkoide 724.
— Darier-Roussysche Sarkoide durch Kryolgan geheilt 724.
— Erythema multiforme 722.
— Filiforme Keratome an Handflächen und Fußsohlen 724.
— Lupus miliaris im Gesicht und Zylindrom der Parotis 724.
— Lupus pernio 724.
— Polymorphes Erythem 666.
— Sklerodermie mit multiplen Plaques 724.
— Tuberkulöse Ätiologie des Erythema multiforme 876.
— Verrucöser hypertrophischer Naevus 724.
— E., Ursache des Erythema multiforme 807.
Ramon, G. s. Debré, R.
Raplan, J. u. Karetnikowa, W., Arsivirustherapie beim Lupus 576.
Rattner, J. N. s. Ritter.
Raulot-Lapointe, G. s. Weissenbach.
Rault s. Louste.
Rauschkolb, J. E. s. Cole, H. N.
Ravasini, C., Nephrolithiasis bilateralis 193.
Ravaut 667.
— P., Unterdrückung der infolge Lugolscher Lösung auftretenden Verhärtung durch Natriumthiosulfat 504.
— P. u. Roulin, R., Gonorrhoischer Rheumatismus 229.
Rawitsch, Polycythaemia rubra 503.
Recasens, S., Menstruelle Dermatose 504.

Digitized by Google

Redslob u. Lévy, G., Spastische Myopie nach Novarsenobenzol 29.
Rehn, L., Milchsalben bei Hautkrankheiten 787.
Rehren, v. s. Grauham, M.
Reichenow 732.
Reichmann, W., Behandlung des vaginalen Fluors 755.
Reilly, J. s. Teissier, P.
Rein s. v. Frey.
Reinstorff, E., Zur Kenntnis der atypischen Lymphogranulomatose 601.
Reiss, Lues II jeder Therapie resistent 775.
— Neurodermitis 659.
— F., Morphologische und biologische Charakter gewisser Moniliaarten 856.
— Friedrich 860.
— — Der Einfluß der Diätbehandlung auf die Tuberkulosereaktion nach Besredka 875.
Reiter, H. s. Tezner.
Remenowsky, Multiple disseminierte Sklerodermie 286.
Renault, Alexander 160.
Rjabow, Behandlung der Pustula maligna mit Novarsolan 120.
Richard, Spirochätenbefund im Liquor bei Frühlues 875.
— L. s. Nattan-Larrier.
Richardson, R. S., Idiopathische Fettatrophie 846.
Richet fils, Ch. u. Gley, P., Toxizität gewisser Arsenverbindungen gegenüber Trypanosomen 331.
Richter, Behandlung der Harnverhaltung mittels Durchtrennung der Nn. hypogastrici 421.
— Ulcus molle am Zeigefinger 621.
— H., Neue Bestrebungen ärztlicher Kosmetik 471.
— — Nomenklatur der Körperrichtungen bei Tier und Mensch 43.
— P. F., Eklamptische Urämie 194.
— W., Aktinomykose 621.
— — Beziehungen zwischen Haut- und Gelenkerkrankungen 815.
— — Luisch infizierte Schwangere unter Berücksichtigung der Prognose für das Kind 298.
— — Lupus erythematodes 621.
— — Multiple Xanthome 621.
— — Xanthomatöse Veränderungen der Haut 816.
— Wilh., Plastik nach Hautdefekt und Knochennekrose bei Ostitis luetica 693.
Riddel, W. R., Morbus gallicus bei John Owen 846.
Riddell, W. R., Tryparsamidbehandlung der Paralyse in Ontario 662.
*Riebes, Ernst, Zur Tripperfrage 551.
Riecke 347, 350, 352, 476.
— Erfolge und Mißerfolge in der Dermatologie 430.
Riegl, Ph. Mr. R. s. Tsykalas.
Riehl jun., Seltene Tuberkuloseformen der Haut 875.
— Sklerodermie und Sklerodaktylie 288.
— G. jun., Karzinom bei Lupus erythematodes 458.
Ries, K., Perforationsperitonitis durch Harnblasenstein 195.
Rijshick, Harter Schanker der Harnröhrenmündung 525.
Rille 347, 349, 350, 353, 360.
*— Typus inversus des Erythema multiforme und bisher unbekannte deletäre Form von Leucaemia cutis 46.
Rinjard, O. u. Cordier, Kultur des Virus der Maul- und Klauenseuche 158.
Ritter 352.
— Hysterische Artefakte der Haut 346.
— Lupus erythematodes acutus 346.
— Hans 504.
— J. S. u. Rattner, J. N., Angiom der Harnröhre 661.
Rivalier, E., Trichophytie-Allergie und Immunität 357.
Rivelloni, J., Goldbehandlung bei Lupus erythematodes 151.
Robba, G., Behandlung der Lepra 459.
Robinson, H. M., Salvarsandermatitis mit Gangrän 253.
Rodecurt, M., Behandlung der Trichomonaskolpitis mit Yatren 105 755.
— — Hautveränderungen durch Vigantol 526.
Rodin, F. H. u. Carson, J. G., Augenveränderungen bei positiver WR 299.
Röttger, P., Beitrag zur Fluorbehandlung 755.
Rogers, R. B., Ätiologie der Alopecia areata 565.
Rogg 349.
Rojas, S., Behandlung der Lepra 204.
— — Lepra in Kolumbien 204.
Rollier, A., Grundsätzliches zur Heliotherapie 468.
— — Heliotherapie von Hautkrankheiten, besonders Tuberkuliden 662.
Rolnik, Ablagerung von Kalksalzen in der Haut 522.
*Roman, J. s. Walter, Fr.
Ronchese, F., Primäre Hautaktinomykose 222.
Ronget, D. s. Weissenbach.
Roose, H. H., Nichtspezifische und Malariabehandlung bei Nervensyphilis 251.
Roosen, R., Isaminblautherapie der bösartigen Geschwülste 697.
Rornaud, M. s. Galli-Valerio, B.

Digitized by Google

Rosenfeld, H. s. Loehe, H.
Rosanoff, A. J., Menschliche Sexualität vom psychiatrischen Standpunkt 290.
Rose, D. K. u. Deakin, R., Zystometrische Diagnose der Syphilis des Zentralnervensystems 251.
Rosello, H., Wirkung der Hyperpnoe auf die nitritoiden Krisen 675.
Rosenak, St., Elephantiasis 259.
Rosenberg, M., Malaria in ihren Beziehungen zu Gonorrhoe, Lues und Neurolues 699.
Rosenboim, Nebenwirkungen der Salvarsanpräparate auf das Nervensystem 674.
Rosenstein, P., Ersatz der fehlenden Harnröhre bei Hypospadia peno-scrotalis durch Blasenschleimhaut 194.
Rosenstingl, A., Frühbehandlung der weiblichen Gonorrhoe 399.
Rosenthal, Tbc. papulo-necrotica 27.
— F. 781.
— — Generalisierte Alopecia areata 778.
— — Sycosis non parasitaria 145.
— — Trichophytia non parasitaria 145.
— Franz 591.
— O., 592, 781.
— — Heilbarkeit der Syphilis 147.
*— S. K., Fall von Chromoblastomykose 615.
Rosin, H., Behandlung der Herz- und Gefäßlues 603.
Rosling, E., Hereditäre hämorrhagische Diathesen 473.
Rosow, Wie lange soll die Gonorrhoe beim Manne behandelt werden? 524.
Ross, A. O., Geschlechtskrankheiten bei der Handelsmarine 289.
Rossiansky s. Braude.
Rossijskij, Zur Klinik der Lungensyphilis 560.
Rost, Grundsätzliches über Stoffwechseluntersuchungen bei Hautkrankheiten 875.
— G. A., Belastungsproben bei Blutzuckeruntersuchungen 723.
— — — u. Keller, Ph., Spätperode der exsudativen Diathese 498.
— — Keller, Ph. u. Marchionini, A., Diagnose und Therapie der Hauttuberkulose in der Praxis 37.
Roszmanitz, Psoriasis und tuberoserpiginöses Syphilid 24.
Rothman 27, 28.
— Pityriasis rubra pilaris 24.
— Salvarsan- und wismutresistente Lues III 24.
— S., Überempfindlichkeit gegen Hartgeld 98.
— St., Entstehen und Beeinflußbarkeit des Juckens 810.
Rothman, St. u. Schaaf, Fr., Chemie der Haut 423.
— Stephan, Jesionek zum 60. Geburtstag gewidmet 45.
Rothmann, P. E. u. Nixon, N. K. Familiäre Purpura haemorrhagica ohne Thrombopenie 127.
Rothschild, A. s. Posner, C.
Rouèche, H., Doppelseitige Hodenentzündung bei einem Säugling mit Gesichtserysipel 502.
Roulin, R. s. Ravaut, P.
Rouquès, L. s. Vallery-Radot 474.
Rouslacroix s. Chauvin.
Rousset, J., Subkutane schmerzhafte ossifizierte Knötchen, gleichzeitig auf Syphilis beruhender meningealer Zustand 720.
— — s. Barral, Ph.
— — s. Beriel, L.
— — s. Massia.
— — s. Nicolas, J.
Rowntree, L. G. s. Snell, A. M.
Roxburgh, A. C., Alopecia areata und ihre Beziehung zu Vitiligo und Sklerodermie 249.
Rubenstein, M. W. s. Osterberg, A. E.
Rubritius, H., Behandlung der kalklösen Anurie 193.
— — Pyelitis und Pyelonephritis 732.
Rudolf, G. de M., Meinicke-Mikro-Reaktion 328.
Ruedemann, R. s. Weis.
Rüder, F. B., Ausgedehnte kongenitale Hautdefekte 852.
— — — Neuer Zystoskophalter 197.
Ruete, Skrofuloderm oder Lues gummosa? 602.
— A., Differentialdiagnostischer Führer durch die Dermatologie 599.
*Ruge, H., Zur Klinik der klimatischen Bubonen 1.
Ruhbaum, W. s. Finkenrath.
Rulison, E. T., Bekämpfung der Impetigo neonatorum 811.
Rullmann, E., Eczema vaccinatum 49.
Runkelen, H. van, Kahnsche Reaktion. Praktisches Ergebnis 748.
Runtová, Leukoderma bei Psoriasis 51.
Rupilius, K. s. Siegl.
Rusch, Antipyrinexanthem 287.
— Lymphogranulomatosis 457.
— Xanthoma tuberosum multiplex 287.
Russakowa, Allergie und Superinfektion bei Syphilis 523.
— Recklinghausensche Krankheit 561.
Russel, H. P., Nephrolithiasis 294.
Rutkowski, E. v. s. Prigge.
Ryall, C., Pseudomembranöse Entzündung des Trigonums 322.

Digitized by Google

Saalfeld, Edmund 476, 590.
Sabouraud, Allgemeines über Pilze 848.
— Ätiologie der Alopecia areata 148.
— Natürliche Klassifikation der Dermatophyten 356.
— R., Alopecia areata 358.
— — Gesetz der Spezifität der Dermatophyten 723.
— — Neurodermie und ihre Behandlung 812.
Sachs, Hans 532.
— S., Granuloma annulare 119.
Sacquépée, E. M., Liégeois, M. u. Fricker, J., Agglutinierung chirurgischer und Scharlach-Streptokokken 201.
Saenz, A. s. Calmette, A.
Saïas, L. s. Bizard, L.
Sainz de Aja, E. A., Artifizielle Dermatitis 751.
— — — — — Glossitis und Cheilitis artificialis 751.
— — — — — Malariabehandlung und Herxheimersche Reaktion 37.
— — — — — Stomatitis bismutica tarda 750.
— — — — — u. Calvin, N., Kahnsche Reaktion 751.
— — — — — — — — Meinicke-Reaktion mit nachfolgendem Zentrifugieren und gefärbten Antigenen 186.
— — — — — — — — Meinicke-Reaktion mit sofortigem Zentrifugieren und gefärbtem Antigen 598.
— — — — Erythrozyanosis symmetrica supramalleolaris 36.
Saito, T., Erfahrungen mit der Meinicke-Klärungsreaktion 669.
— — s. Blumenthal, G.
Sakurai, S., Zersetzung des Urotropins in verschiedenen Lösungen 125.
Sakurane, Y., Implantation der Hautstücke in das Gehirn 121.
Salkan u. Potapow, Dystrophien bei Kindern mit kongenitaler Syphilis 119.
Salkind, Schwefel in homöopathischen Dosen bei Furunkulose und anderen Dermatosen 561.
Salpeter, Michael 704.
Salzberger, M., Lepra der oberen Luftwege und des Ohres in Palästina und Cypern 152.
Salzmann, C., Zur Behandlung der Dermatomykosen 198.
Saman, G. s. Lacassagne, J.
Samberger 519.
— F., Neuere Erkenntnisse über das Wesen der Psoriasis 262.
Samek, Acrodermatitis atrophicans 558.
— Boecksches Miliarlupoid 658.
— Induratio penis plastica 558.
Samek, Keloide nach Acne vulgaris 387.
— Lymphogranuloma inguinale 558.
— Lymphogranulomatose mit Lichen urticatus 387.
— Neurodermitis mit sekundärer Lymphdrüsenschwellung 387.
— Neurodermitis rubra Pokorny 387.
— Physikalische Behandlungsmethoden der Gonorrhoe 384.
— Psoriasis an Händen, Füßen, Kopf und Axillen 387.
— Röntgenbestrahlung der Schilddrüse bei Hautkrankheiten 875.
— Schwarze Haarzunge 387.
— Sclerodermie en plaque 558.
— Skrofuloderma 558.
— Ulcus rodens giganteum 658.
Samuel, M. u. Strauss, L., Deutung und Behandlung endokriner Dermatosen bei der Frau 504.
Sanada s. Tani.
Sandels, T., Wirkung der Salzsäuretherapie auf die Empfindlichkeit der Haut gegenüber verschiedenen Hautreizen 497.
Sannicandro, G., Alopezie durch Thallium 462.
Saradshew, Begrenzte angeborene anormale Entwicklung der Haut auf dem behaarten Kopf 562.
Sarchi, M. s. Braude, R.
Saudek, Vermehrung der Hautwiderstandsfähigkeit von Kaninchen 876.
Sauerbruch 184.
— F., Erklärung zur Ernährungsbehandlung der Tuberkulose 576.
Savinetti, A., Dermatitis durch Pediculoides ventricosus bei Schiffsausladern in Triest 494.
Saylor, M. A. s. Strickler.
Sbiosawa, Z., Besondere Zellanhäufung in den männlichen Geschlechtsorganen der Tiere 702.
Scaltritti, A., Durch Cadmiumchlorat präzipitierte Lipoide als Extrakt 303.
Scomazzoni, T., Liquorbeeinflussung durch Malariabehandlung 463.
Scott, W. W., Hämostatischer Ballon von Davis 661.
Scale, E. R. s. Michael.
Schaaf, Fr. s. Rothman.
Schaefer, H. M., Generalisierte Urtikaria nach Wespenstich 128.
— W., Partagonbehandlung der weiblichen Gonorrhoe 702.
Schäffer, J., Zieler, K. u. Siebert, C., Behandlung der Haut- und Geschlechtskrankheiten. 7. Auflage 39.
Schäfer, G., Medikamentöse Blennorrhoeprophylaxe bei Neugeborenen 702.

Digitized by Google

Schärer, R., Percain Ciba als Anästhetikum bei Pyrogallolbehandlung des Lupus vulgaris 600.
Schamberg, Neues Kalziumpräparat 876.
— 476.
— J. F., Wismut und Neoarsphenamin bei Syphilis 227.
Schapiro, Vendispensair in Minsk 524.
— O., Versuch, der Interessensphäre der Zuhörer bei sanitärer Aufklärung entgegenzukommen 521.
Scharfe, Tertiärsyphilis des Gesichts 319.
Schatilow, Professionelle Dermatosen bei Grubenarbeitern 467.
Schaudinn 876.
Scheele, L. s. Gildemeister.
Scheer, M., Dermatitis durch Ephedrin 625.
Schenk, V. s. Winternitz.
Schereschewsky, Invisble Lues 875.
Schilling, V., Der praktische Wert des Guttadiaphot 327.
— — Guttadiaphot für Diagnose der Lues verwertbar 329.
Schimanko, Biologische Grundlagen der Behandlung der Hauttuberkulose 875.
*Schindler, K., Behandlung der Psoriasis, Ekzeme, pruriginösen Dermatosen mit Ochrosilpräparaten 861.
Schinz, Gegenwärtige Methoden der Krebsbestrahlung 532.
Schischlo, Bekämpfung des Venerismus in Adsharistan 121.
Schischoff s. Gasparjan.
Schischov, J. s. Owtschinnikov, Nik.
Schläger, Untersuchungen des Blutes und der Papillarlinien im Alimentationsprozeß 44.
— Zum Begriff der Behandlung i. d. § 7 des Geschlechtskrankheitsgesetzes 759.
Schlagintweit, F., Instrumentelle Lösung von Harnleitersteine 193.
Schlayer, C., Ausscheidungsweg der harnfähigen Substanzen 194.
Schlesinger, Gesichtsplastiken 471.
Schloss, O. M. s. Wilson, J. R.
Schmeidler, H., Unspezifische Fiebertherapie der Metalues 675.
Schmidt, A., Autonephrektomie der Nierentuberkulose 196.
— F. R., Lupus erythematodes mit Anklängen an Leukämie 225.
— P. W., Keratose und Porokeratosis vera non perstans 188.
— P. W., Skrofulodermähnliche Brückenbildung bei Spätlues 783.
— Paul, Wilhelm 44.
Schmuttermayer, F., Jodtherapie mit Jodisan 431.
Schmitz, H., Lues gummosa III cranii 840.
— — Melkerknoten 840.
Schneider, C., Führungszystokop 195.
Schoch, Beeinflussung der Seroreaktion durch Impfmalaria 723.
Schoen, Frl. s. Levaditi, C.
Schöndube, W., Hypophysintherapie des Nieren- und Uretersteins 197.
Schönemann, H., Infektion der Meningen nach Lumbalpunktion durch Hautstückchen 700.
Schönfeld, A., Schutzmaßnahmen im Röntgenbetrieb 470.
— W., Lehre und Forschung in Haut- und Geschlechtskrankheiten an der Universität Greifswald 423.
— — Maul- und Klauenseucheinfektion beim Menschen 782.
Schönhof, Granuloma nasi gangraenosum 876.
— Rhinophym mit gummösen Narben an der Stirn 657.
— Sclerodermie en bande 657.
— Verbrühung mit nachfolgender Pigmentation 657.
— S., Lymphogranulomatose der Haut 358.
— Keloid auf Verbrühungsnarben 557.
— Lichen planus 557.
— Lymphogranuloma inguinale 557.
— Mal perforant du pied geheilt durch Röntgenbestrahlung der Wirbelsäule 657.
— Röntgenschädigung außerhalb des Bestrahlungsfeldes 556.
— Sarcoma idiopathicum haemorrhagicum multiplex 557.
— Streifenförmige Sklerodermie geheilt durch Röntgenbestrahlung der Wirbelsäule 657.
— Vitiligo an Druckstellen 557.
— 658.
Schönstei, Lymphadenia circumscripta 27.
Scholtz, W., Gonorrhoebehandlung und Gonorrhoeheilung 398.
Schottmüller, Heilserumbehandlung und Schutzimpfung bei Scharlach 570.
Schpanir, Färbung der Spirochaete pallida im dicken Tropfen 524.
Schreiber, N. E. s. Cole, H. N.
Schreus, Dosimetrie in der Dermatologie 875.
— Poikilodermieartige Veränderungen mit Hornschwielenbildung bei zwei Geschwistern 839.
Schröder, H. C., Dystopien der Ureterenmündungen 624.
*Schroeder, Reidar u. Boas Hans: Zwei Fälle von Diphtherie der Haut 405.
Schröpl 386.

Digitized by Google

Schubert, M., Versuche mit Ultraviolett durchlässige Fenster 783.
Schüller, H., Radium- und Röntgentherapie in der Urologie 403.
Schüppel, A., Therapie der Hypospadia perinealis 196.
Schütz 220.
Schufer s. Kljuchin.
Schulte, R. W., Wirkung feinblasiger Sauerstoffbäder auf die Haut 432.
Schulte-Tigges, H., tierexperimentelle Untersuchungen bezüglich Tuberkulose-Komplementbindung 574.
*Schütze, W., Intrakutanreaktionen bei Syphilis und Nichtsyphilis mit Spirotest und Rückenmarksflüssigkeit 485.
Schultze-Wolters s. Karrenberg.
Schultze, W. u. Grundherr, F., Melkerknoten mit toxischem Exanthem 185.
— — s. Geppert, J.
Schultzer, P. s. Genner.
Schulz, E., Tuberkulose ist eine Krankheit des Lymphdrüsensystems 258.
Schulze, F. O. s. Kroó.
Schumacher, Immunität bei Syphilis 875.
Schuster 841.
Schuyler-Pulford, D. u. Larson, E. E., Granuloma coccidioides 568.
Schwalbe, J., Ausschreitung sexueller Aufklärungen 42.
Schwartz, A. s. Fournier, L.
Schwarz, J. s. Bauer.
— O., Sexualpathologie als Problem einer medizinischen Anthropologie 757.
Schwarzmann, Persönliche Prophylaxe der Geschlechtskrankheiten 525.
— B., Verbreitung der Lepra am Kaspischen Meer 230.
Schweitzer, A., Behandlung juckender Dermatosen 476.
Scolari, E. G., Gewebereaktionen bei mit Citoretina behandeltem Lupus 466.
Secarea s. Gavrila.
Secrétan, Pyelographisches Bild einer polyzystischen Niere bei retroperitonealem lymphoplastischem Sarkom 420.
Segall, J., Zur Therapie juckender entzündlicher Dermatosen 476.
Seger, Lichen planus 556.
Sehestedt, H., Schutzimpfung gegen Windpocken 571.
Seisser, F., Röntgenbehandlung der genitalen Entzündungen 756.
Seitz, J., Morphologie aërober Aktinomyzeten 199.
Selikowitsch, F., Syphilitische Pigmentierungen der Mundschleimhaut 602.
Selisky, A., Histologie der Acne conglobata 560.
— — B., Histologie der Acne conglobata 597.
Selissky, Naevi sebacei 520.
Sellei 22.
— J., Pruritus hiemalis und die nach Kälte entstehenden allergischen Hautkrankheiten 596.
Selter, H., Klinische Bedeutung der Tuberkulose-Immunität 575.
Semon, H. C., Nichtvenerische Genitalerkrankungen 400.
Seyderheim, R. u. Klaue, W., Behandlung der Zystitis und Pyelitis chronica mit Subkutin 727.
Sézary, A., Hautkomplikationen bei kombinierter Arsen-Wismutbehandlung 673.
— Lepra maculosa der Farbigen 694.
Sheard, Ch. s. Goeckermann, W. H.
Sheplar, A. E. u. Patterson, M. B., Virulenter Milzbrandbazillus bei Milzbrandkarbunkel 226.
Shibata, S., Bakterizide Wirkung des flüchtigen Bestandteils des Steinkohlenteers 123.
— — Keratitis durch Inokulation mit Yaws 124.
— — Keratitis parenchymatosa 122.
— — Wirkung der basischen Portion des bituminösen Steinkohlenteers 562.
— — Wirkung des durch Destillation rohen Petroleums gewonnenen Teers 563.
— — u. Hashiguchi, Inokulation mit Syphilis und Framboësie auf Rücken von Kaninchen 124.
Shiga, K., Kultur der Leprabazillen 858.
Sieber, F., Kongenitales Sarkom der Haut 854.
Siebert, C. s. Schäffer, J.
Siegert, Uteruserregende Substanz der Meerschweinchenhypophyse nach Kastration und Röntgenbestrahlung der Ovarien 401.
Siegl, J. u. Rupilius, K., Schutzimpfung gegen Varizellen nach Késmárský 571.
Siemens 859.
— H. W., Vererbung der Hautkrankheiten 38.
— — — Vererbung von Hautkrankheiten 187.
— — — 676.
Silva, F., Leishmaniose der Genitalorgane 392.
Simon, Cl. u. Coignerai, Erythrozyanose der Knie 695.
— — — — Multiple Tumoren 695.
— J. B. s. Bedrua.

Digitized by Google

Singer, E. s. Loewenstein.
— H. A., Syphilis des Magens, Beziehungen zur Linitis plastica 252.
Sittenfield, M. J., Radium bei Karzinom der Haut 292.
*Skála-Rosenbaum, J., Zur Ätiologie der Urtikaria 205.
Skeer, J., Lichen scrofulosorum 227.
Skljar, Spirochätennachweis bei kongenitaler Lues 524.
— s. Bronstein.
Skutetzky, A. s. Lucksch, F.
Skutezky, K., Behandlung der akuten Gonorrhoe mit Trypaflavin 398.
Sladkowitsch, Atypische multiple syphilitische Schanker 560.
Slomnesco, Schwefelbehandlung der Verbrennung mit Fluorwasserstoffsäure 468.
Smelow u. Feldmann, L., Röntgenaufnahmen nach intramuskulärer Injektion des Bijochinols 119.
Smirnoff, O. L., Varicocele idiopathica 197.
Smith, J. F., Behandlung des frischen Basalzellenepithelioms 294.
— — K. s. Cummius.
Smiethies, B. M., Gewerbekrankheiten der Hopfensammler 467.
Smorodiuzew, A. A. u. Kott, M. J., Zur fermentativen Charakteristik des B. vaginalis Döderleini 753.
— — — u. Tschumakowa, A. J., Bakteriologie der Scheide der Neugeborenen 753.
Snell, A. M. u. Rowntree, L. G., Addisonsche Krankheit 851.
Sodemann, T. s. Boas, H.
Soeken, C., Biologie der Scheide bei Säuglingen 752.
Sokoloff, B., Chemische Natur des Krebsagens 155.
Sollier s. Gaujoux, J.
Sollmann, T. s. Cole, H. N.
— s. Gammel.
Somerford, A. R., Glukoseintoleranz bei Dermatosen 815.
Sommerfeld, Th., Entschädigung von Berufskrankheiten in chemischen Betrieben 468.
Somogyi, Erythema bullosum 26.
— S., Leukokeratosis linguae 747.
Sonak, M., Entwicklungshemmende Stoffe für Tuberkelbazillen und Tuberkulinallergie 859.
Sorinson u. Pechur, Purpura haemorrhagica bei Salvarsantherapie 560.
Sorour, M. F., Chronische parasitäre Funikulitis in Ägypten 730.
— — — Gutartige Reizgeschwülste, verursacht durch Bilharzia 502.
Soscia, Meinicke-Reaktion 876.
Sousa Dias, A. s. Pinto.
Soutter, Hauterscheinungen bei Endocarditis lenta 722.
— Ch., Lichen obtusus, Involutionsform der Neurodermitis circumscripta 723.
Souza-Araujo, H. de, Äußerliche Behandlung der Lepra 230.
— — G. de, Kultur des Mycobacterium leprae 203.
Spanier, F., Vulvovaginitis gonorrhoica infantum 702.
Spengler, G. s. Mihaljèvić.
Spicca, G., Experimentelles über Herpes zoster 494.
— — Generalisierte spontane Vakzine 496.
Spillmann 667.
— Ichthyosis hystrix vom Sauriertypus 34.
— Pityriasis rubra pilaris geheilt durch antisyphilitische Arsenbehandlung 34.
— Unendlich lange fortgesetzte Quecksilberbehandlung und alte Syphilis 33.
— Créhange u. Polu, Neurogliomatose bei zwei Schwestern 34.
— — — — Schwere Wismutstomatitis 33.
— L., Dermatosen und Alkalose 723.
— — Créhange u. Polu, Zuerst am Mund und Pharynx aufgetretener Pemphigus 34.
— Drouet u. Verain, Hautkrankheiten und Alkalose 33.
— u. Lavergne, de, Manifeste sekundäre, nicht behandelte Syphilis mit negativer Serumreaktion 32.
— u. Watrin, Erythematös-atrophisches Tuberkuloid am Thorax 33.
Spindler, H. v., Schädigungen durch Röntgen- und Radiumstrahlen 471.
Spitzer, E., Wiesendermatitis 455.
Spitzmüller, W., Symmetrische Lipombildung 527.
Spronck, C. H. H. und Hamburger, W., Diagnostische Agglutination und Vakzinetherapie der Tuberkulose mit einem umgewandelten Tuberkelbazillus 257.
Squire, F. H. s. Desjardins, A.
Ssyrenskaja, Karzinombildung bei Lupuskranken 524.
Stankow, Vergleichende Untersuchungen in bezug auf die Reaktion Mutermilch und Wassermann 521.
Stanley, L. L., Syphilis bei Strafgefangenen 42.
Stauffer, Tabakekzem 722.
Stefanoff, Wlad., Intravenöse Behandlung der Gonorrhoe mit Trypaflavin 399.
— — Zur Therapie der Psoriasis 499.

Digitized by Google

Stefanoff, Wlad., Zur Therapie des Lupus erythematodes 853.
Steffan, P., Beziehungen zwischen Blutgruppe, Pigment und Kopfform 785.
Steiger-Kazal, D., Radiohörerdermatitis 748.
Stein, Naevus comedonicus atrophicans unilateralis 455.
— Sulfanthren bei Ekzem 875.
— A. A., Zur Morphologie der Viszerallepra 597.
— — K. s. Pawlowsky.
— R. O., Kutireaktion bei Syphilis 846.
Steiner, A., Kasuistisches zum Thema der allergischen Dermatosen 722.
*— E., Zur Technik der Krampfadernverödung 118.
— K., Behandlung der Pediculosis pubis mit Nissex 569.
Steinfeld, F., Diagnostische Bedeutung des Malariapigments 851.
Steinmetz, R., Fall von Sarkoid 723.
Stenzel, K. G., Guttadiaphot am Beispiel der Gonorrhoe 187.
Sterling-Okuniewski, St., Aortenerweiterung 603.
*Stern, Fragen der Röntgendosierung 182.
— C., Dermatose nach arsenhaltigen Schönheitspillen 471.
*— Fr., Juxtaartikuläre Knotenbildung bei Syphilitikern 677.
— — s. Nathan, E.
— R., Traumatische Entstehung innerer Krankheiten 425.
— W., Paraskarlatina 571.
Stewart, M. A., Hautmyiasis 199.
Stiefler, G., Alopecia universalis bei Polyneuritis 565.
Stigler, R., Aufnahme und Ausscheidung des Schwefels durch die Haut 431.
Stillians, Argyrie 876.
Stokes, J. H. u. Carner, V. C., Physikalische Diagnose selbstbeigebrachter Hautveränderungen 497.
Strandberg, Beziehung der Haut zur inneren Sekretion 38.
Strauss, L. s. Samuel 504.
— M. J., Doppelseitige Fazialislähmung bei Frühsyphilis 225.
Strehler, W., Trichophytie im Schwingerverband der Stadt Bern 722.
Strempel, Erythrodermie nach Psoriasis 839.
— Erythrodermie an Pityriasis rubra erinnernd 839.
— u. Karrenberg, Vitalspeicherung und experimentelle Lues 875.
Strickler, A. u. Saylor, M. A., Zuckerstoffwechsel bei Acne vulgaris 626.
Strokin, Zusammenhang des Pruritus vulvae mit Störungen der endokrinen Drüsen 496.
Strominger, L., Pathogenese der Prostatahypertrophie und Beziehungen zu Harnröhrenstrikturen 731.
Strukow, Pathologische Anatomie und Pathogenese der diffusen Sklerodermie 154.
*Struve, W. u. Felke, H., Elastischer Massagedehner für die vordere Harnröhre 745.
Stühmer 183, 346, 347, 348, 349, 354, 839, 841.
— A., Rattenbißerkrankung als Modellinfektion für Syphilisstudien 187.
*Stümpke, G., Zur Behandlung der Urethritis non gonorrhoica 452.
Stutzin, Schlußwort 418.
— J. J. 788.
— — — Blasenentleerung bei Prostatikern 732.
Sukigara, E., Dermatitis exfoliativa neonatorum 121.
Sulzberger, M. B., Überempfindlichkeit von Meerschweinchen gegen Salvarsan 626.
Sum-Schick, E., Zystinstein im Harnleiter 625.
Sutherland-Campell, H. s. Frost, K.
Swan, R. H. J., Lumbaldrüsenmetastasen eines Hodensarkoms 322.
Szántó, Atrophia cutis cum pigmentatione 21.
— Atrophia cutis cum pigmentatione 22.
Szanto, P., Konservative Behandlung der Angina tonsillaris 531.
Szirmai, F., Weiterer Beitrag zur Kenntnis der Streptokokken 785.

Tadscher, Lues II bei 7jährigem Mädchen 872.
— Pemphigus foliaceus 870.
— Zweifelhafter Pemphigus 870.
Taitza s. Hahn, C. F.
Takahashi, Sh., Soormykose der Haut 100.
Takatsu, F. s. Umeda.
Takigawa, K., Fox-Fordycesche Krankheit 125.
Tani, Kakishita, Sanada u. Inoue, Zur experimentellen Kaninchensyphilis 631.
Tarantelli, E., Arsenresistente Syphilis 493.
Tarsis, F. J. s. Perkel, J. D.
Taylor, L. S., Röntgenstrahlenschutz 470.
Teissier, P., Gastinel, P. u. Reilly, J., Experimentelle Herpes beim Meerschweinchen 128.

Digitized by Google

Templeton, H. J., Ungünstige Reaktionen nach Toxinbehandlung gegen Dermatitis venenata 223.
— — — s. Legge.
Terao, H., Harnkanälchen von Meerschweinchen 121.
Teutschländer, Berufskrebse in Deutschland 788.
Tezner, O. u. Reiter, H., Sensibilisierung der Haut gegen Menschenserum 426.
Thedering, F., Das Quarzlicht 600.
Thibaut s. Louste 694.
Thiele, H. s. Happe.
Thiers, H. s. Gaté.
Thiroloix s. Gougerot.
Thomsen, O., Immunitätsverhältnisse bei latenter Syphilis 629.
Thompson, L., Syphilitische Meningitis 844.
Thomson, M. S., Blastomykosis 324.
— S., Behandlung des Erysipels mit Anti-Scharlach-Serum 250.
Tièche, M., Zur Frage der Syphilis d'emblée 601.
Tietzen, Boecksches Sarkoid 351.
Tillgren, J. u. Allander, A.-L., Müllers Ballungsreaktion als Ergänzung zu WR 328.
Tjomkin, J. S., Prostatasarkome 196.
Tischnenko u. Koljada, Wirkung von Natriumhyposulfit auf die alkalische Blutreserve 876.
Tissot, H. C., Kamillosan und Kamillosept 432.
— J., Stark vereiterte und abgekapselte Littreitiden 749.
*Török, L., Louis Philippson 344.
Toma, Anton, Infektion der Haare in vitro durch Dermatophyten 357.
Tomkinson, J. G., Favus am männlichen Genitale 855.
Tommasi, Insuffizienz der Hautfunktionen 876.
— L., Sogenannte exotische Syphilis 563.
Tonian u. Lewin, W., Zurückhaltung des Zuckers im Blut bei einigen Hautkrankheiten 560.
Tornabuoni, J., Epidermodysplasia verruciformis 150.
Toschkoff, Anormale Lichenifikation des Gesichts 248.
— Arthrolues beider Knie 247.
— Dermatitis herpetiformis mit großen Dosen Arsen behandelt 247.
— Lichen planus 870.
— Lichenification anormale des Gesichts nach Erysipel 248.
— Lues papulosa und Durand-Nicolas-Favresche Erkrankung 248.
— Lues tertiana ulcero-gummosa 248.
Toschkoff, Lupus erythematodes ausschließlich der Kopfhaut 870.
— Lupus erythematodes discoides faciei sternalis et interscapularis 870.
— Lupus erythematodes mit Beginn a der Kopfhaut 870.
— Massive Dosen von Arsen bei Dermatitis herpetiformis 500.
— Spinozelluläres Karzinom 247.
Toyama u. Ischikawa, Grenzstrahlen 121.
Trautwein, K., Maul- und Klauenseucheinfektion beim Menschen 732.
*Treuherz, Walter, Mißbrauch der Prostatamassage 416.
*— W., Zwei schwere Unfälle mit Trypaflavin 317.
Trincao, C., Untersuchung des Liquor cerebrospinalis mit der Kahnschen Reaktion 670.
*Troitzkaja, A. D., Pseudopelade Broc 642.
Truffi, Spirochätizide Wirkung des Serums 876.
— G., Biologische Wirkung des Thalliumazetats, Antwort an Truffi und Peiser 466.
— J., Spinale Anwendung von Röntgenstrahlen bei Leprösen und Tabikern 150.
*Truttwin, Hans, Uran in der Dermatologie 406.
*Trýb, Anton, Lues congenita in zweiter Generation 378.
— A., Lymphangiome der Haut 597.
Tschernogubow u. Rachmanow, W. Syphilis der Haut und des lokomotorischen Systems bei Tabes und Paralyse 876.
Tschetschulin s. Neradow.
Tschgujewa s. Mkrtischjanz.
Tschumakowa, A. J. s. Smorodinzew A. A.
Tsykalas u. Riegl, Ph. Mr. R., Diagnostik Bilharzioseaffektionen durch Reaktivierung 132.
Turnbull, H. M. s. Konstam.
Tuscherer, J., Behandlung der Lues congenita mit Spirozid 673.
Tzanck, A. u. Weismann-Netter, Lichen planus bei einem Syphilitiker 696.

Uhlmann, Erich s. Herxheimer.
Uhry s. Gougerot.
Ullmann, As-Karzinom 875.
— K., Wert des Choleval 701.
Ultzmann, Robert 204.
Umeda, T., Wirkung verschiedener Heterosera auf die Bewegung der Wirperepithelien 562.

Digitized by Google

Umeda, T. u. Takatsu, F., Wirkung ultravioletter Strahlen auf Bewegung des Epithels der Harnblase 563.
Unger, H., Perkutane Salizylbehandlung mit Capsifor 787.
— — Zur Therapie der Hämorrhoiden 757.
Unna, G. W. 349, 351.
— — — Erythrodermie congénitale ichthyosiforme 350.
— Paul 204.
— P. 349, 353, 816.
— — Pityriasis rubra pilaris 351.
— — G. 346.
Urbach, Abbau- und Endprodukte des Eiweißstoffwechsels bei Dermatosen 875.
— Epidermale und epimuköse Spargeldermatitis 287.
— Generalisierte chronisch entzündliche Infiltration der Haut und Muskulatur 288.
— Orale Desensibilisierung allergischer Dermatosen 458.
— Physikalische Späturtikaria 457.
— Schizosaccharomyces in Pityriasis-rosea-Effloreszenzen 456.
— E., Unterschied in der chemischen Zusammensetzung von Hautblaseninhalt und intravital entnommenem Hautgewebe 429.
— — u. Fasal, P., Mechanische Späturtikaria 810.
— — u. Wiedmann, A., Morbus Pringle und Recklinghausensche Krankheit 595.
— — u. Wiethe, C., Lipoidosis cutis et mucosae 526.
Urofino, A., Niereninsuffizienz durch Phimose 100.
Usher, B., Bakterizide Eigenschaften des Schweißes 626.
— — Progressives und rezidivierendes Fibrosarkom 249.

Vadalà, J., Blutveränderungen in der Malariabehandlung 464.
Valck, van der 44.
Valenti, A., Knochenläsionen bei Hauttuberkuliden 461.
Valentová, Lupus vulgaris 519.
— — Molluscum fibrosum 519.
— Prurigo lymphadénique 519.
— O., Lupus erythematodes und vulgaris 564.
Vallery-Radot s. Pasteur.
— P. u. Rouquès, L., Kälteurtikaria 474.
Valtis, J. s. Calmette, A.
— — s. Nègre, L.
Valverde, B., Chylurie bei Blasensyphilis 749.
Vámos, Blastomykose 24.
— Hydroa aestivale 28.
— Neurofibromatosis 28.
— L., Sarkoid Boeck 747.
— — Syphilis hereditaria 747.
Van der Valk, Zwei besondere Fälle von Hautkrebs 838.
Van Kerckhoff, Untersuchungen der Psoriasis 838.
Vannfalt, K. A., Wirkung der ultravioletten Strahlen auf den Gehalt des Kaninchenblutes 126.
— — — Wirkung des ultravioletten Lichtes auf die Zusammensetzung des menschlichen Blutes 126.
Variot 504.
Vásárhelyi, J., Beeinflußbarkeit der Thalliumwirkung durch Extrakte endokriner Drüsen 190.
Vasseur, N., Behandlung des Strophulus 476.
Vassilion, V. A., Biologisch-chemische Forschungen über den Tuberkelbazillus 256.
Veer, J. N. van der, Reine Gonokokken-Endokarditis mit tödlichem Ausgange 662.
Velde, van der, Th. H., Fruchtbarkeit in der Ehe und wunschgemäße Beeinflussung 295.
Venturi, T., Fox-Fordycesche Dermatose 462.
— — Zur Kenntnis der vegetierenden Dermatitis pustulosa auf histologischer Basis von Pseudo-Epitheliom 463.
Venzmer, G., Eine sterbende Krankheit 698.
Verain s. Spillmann.
Verbrycke, J. R., Kongenitale Syphilis des Magens 253.
Vercellino, L., WR- und Meinicke-Reaktion bei Ulcus molle 462.
Vermelin, H., Hereditäre Syphilis und Endometritis 298.
— — s. Fruhinsholz, A.
Vernes, A., Kampf gegen die Syphilis 41.
Verrotti, Superinfektion und Immuntherapie 876.
Veyrières, Mangan 395.
Vidal, A. s. Gaté, J.
Vigne, P., Lepra in Marseille 203.
Vintici, V. u. Laroche, A., Blutungen der Prostata und bei Prostatikern 422.
Visher, J. W., Infektion der Blase mit Trichomonas vaginalis 402.
Vischniak, Ch. s. Busquet, H.
Vitner-Rosenthal, Z. s. Ciuca, M.
*Vogel, Hans, Hautveränderungen durch Cercaria ocellata 577.

Digitized by Google

Vogelsang, Th. M., Aneurysma der Koronararterie und gummöse Myokarditis 845.
Vogt, W., Histologische Befunde beim Verbrennungstod 128.
Vohwinkel, K. H., Keratoma hereditarium mutilans 595.
— — — Pathogenese der Sklerodermie 186.
— — — s. Jakobs, J.
Voigt, L. s. Görl.
Volk, Kleinfleckige Sklerodermie 455.
— Zirzinäre, papulöse Lichtdermatose 455.
Volkmann, K., Therapie der analen Papillome 756.
Vollmer, Mycosis fungoides 839.
Volmer, C., Behandlung mit Sulfodermpuder 431.

Wagner, Richard 386.
— — Dermatitis herpetiformis 556.
— — Follikelzysten unter dem Bilde eines Syringozystadenoms 656.
— — Ichthyosis simplex 656.
Wail, Tuberkulose der Haut und Beziehung zur Tuberkulose der inneren Organe 860.
Wainstein, A. u. Potaschnik, M., Die aktive Methode Tsü in der Serodiagnose der Syphilis 624.
— u. Zelitschewa, Woodsche Strahlen bei der Syphilisserologie 524.
Waldapfel, R., Heilwirkung des Erysipels auf bösartige Tumoren 131.
Waldeyer, L., Myosalvarsan bei Säuglingen 190.
Walker, K., Prostatasteine 660.
Wallgren, A., Intrakutane Impfung gegen Tuberkulose mit BCG 574.
Walter, A., Hypophysenvorderlappenwirkung auf das strahlengeschädigte Ovarium 402.
— F. K., Blut-Liquorschranke 153.
— F., Malariatherapie 876.
*— Fr. u. Roman, I., Hämatogene Hautmetastasen bei Ulcus vulvae acutum 705.
— H. W. E., Pyridium bei Antisepsis der Urogenitalwege 197.
— K., Züchtungsergebnisse und Abtötungsversuche mit dem Hohnschen Schwefelsäureverfahren 859.
Walzer, A., Urtikaria 225.
Wangensteen, O. H., Prästernales in der Mittellinie gelegenes Ulkus ist häufig Gumma 602.
Warnekros, Strahlentherapie der weiblichen Geschlechtsorgane 788.
Warthin, A. S., Läsionen der latenten Syphilis 629.
Warthin, A. S., Silber-Stärke-Gelatine-Methode für Darstellung der Spirochäten in Gewebsschnitten 252.
— — — Silber-Stärke-Gelatine-Methode zur Spirochätendarstellung 808.
Wassiljewa, A. s. Kreinin.
Watanabe, J., Stickstoffgehalt der normalen und pathologischen Haut 121.
Waterhouse, E. H. s. Mohr.
Watraszewski, Xaver 704.
Watrin, J., Naevo-Karzinom geheilt durch Röntgenbestrahlungen und negative Elektrolyse 33.
— — Psoriasis und adiposogenitaler Symptomenkomplex 34.
— — s. Fruhinsholz, A.
— s. Spillmann.
Watzen, J., Fremdkörper in den weiblichen Genitalien 754.
Weatherby, F. E., Vorausgegangene Behandlung bei Nervensyphilis 251.
Wechselmann, Wilhelm 332.
Weidemann, M. u. Kaktin, A., Blutgruppen bei Leprösen in Lettland 753.
Weidenreich, Herkunft der weißen Blutkörperchen 221.
Weidmann, F. D. u. Besancon, J. H., Erythema elevatum diutinum 625.
Weinberger, Lues gummosa 659.
— Lues pustulosa 659.
— Lues und Ikterus 388.
— Lues II und Fazialisparese 388.
— Skabies und Genitalpapeln 388.
— Sclerosis redux 388.
— Ulcus vulvae acutum 559.
*— Franz, Kasuistischer Beitrag zu Esthiomène 761.
Weis, C. R. u. Ruedemann, R., Exfoliative Dermatitis nach Sulfozyankalium 467.
Weismann-Netter, R. s. Tzanck.
Weissenbach, Hämolysotherapie des Ekzems 876.
— R. J., Martineau, J., Raulot-Lapointe, G., Bourdillon, Ch. u. Ronget, D., Purpuraartige Urtikaria bei Leukämie mit Monozyten 697.
Wejtel s. Flaszen.
Welcker, K. s. Engelhardt, W.
Welti, M., Konstitutionstherapie bei Hautkrankheiten 876.
— — H., Gonamin und Chloramin bei Tripper 723.
Werboff, S., Blasensteinbehandlung 16[illegible].
Werner, Geschwulstbildung und Tra[illegible] 788.
Wernke s. Feldmann.
Werther 318, 320, 321, 803.
— Dermatosklerose der Unterschenkel 3[illegible].
— Erythema induratum exulceratum 3[illegible] 803.

Digitized by Google

Werther, Gumma der Bursa praepatellaris 319.
— Karzinom am Unterlid nach Radiumbehandlung 320.
— Keratoma palmare et plantare 318.
— Lichen planus, gleichzeitig amyotrophische Lateralsklerose 803.
— Lupus des Gesichts 803.
— Mikrosporieepidemie 319.
— Mikrosporieepidemie in Dresden 320, 803.
— Miliäre Gummen an Gaumen und Pharynx 319.
— Multiple Melanosarkome 803.
— Multiple Ulcera mollia, Streptobazillus aus dem Blute gezüchtet 875.
*— Nach Chromsäuredermatitis entstandene Vitiligo mit überempfindlicher lichenoider Randzone 766.
— Pagetsche Krankheit 319.
— Pemphigus foliaceus 318.
— Plattenzellenkarzinom am Gaumen 320.
— Prämykotisches Erythem mit schwarzbrauner Pigmentierung 318.
— Sklerodermie mit ödematösem Charakter am Oberkörper und sklerosiert an den Unterschenkeln 319.
— Sklerodermie mit Prurigo 319.
— Spastische Spinalparalyse 803.
Wheeler, F. F., Asthma und Urtikaria 810.
White, C., Autoinokulation von Kulturen zwischen den Zehen wuchernder Dermatophytose 225.
— Charles J. 476.
— G. F. u. Dove, W. E., Dermatitis durch Ankylostoma canium 224.
Wichels, Hürthle u. Maley, Zur Theorie und Praxis der Syphilisreaktionen 667.
Wichmann 185.
— Diätbehandlung der Hauttuberkulose 182.
— Ernährungstherapie bei Hauttuberkulose 875.
— P., Ergebnisse der Diätbehandlung der Hauttuberkulose 874.
Wicke, A., Scheidenbestrahler nach Engelhorn 755.
Wiechowski, W. s. Junkmann, K.
Wiedmann, Alopecia areata totalis 456.
— Alopecia diffusa ovariell bedingt 456.
— A. s. Urbach.
Wiedemann, Naevus anaemicus 288.
Wiethe C. s. Urbach.
Wigley, J. E. M., Erfahrungen in den Hautabteilungen zweier Kinderkrankenhäuser in London 660.
— — — — Skleroderma 846.
Wildbolz, H., Chronische Epididymitis ohne Tuberkel 729.
Wile, I., Dynamik der Ehe 291.
— U. J., Eckstein, H. C. u. Curtis, A. C., Fettstudien beim Xanthom 227.
Wilenczyk, A., Bildung von Schläuchen bei Epidermophyton 199.
— — Bildung reifer Schläuche bei Trichophytie 198.
— — Trichophyton granulosum 568.
— — Trichophyton violaceum und granulosum von derselben Person gezüchtet 567.
Wilke, W., Gramfestigkeit von Pneumokokken und Diphtheriebazillen 101.
Willfand, R. A. s. Glaubersohn 356.
Willi, H., Exanthema subitum und Influenza 570.
Williams, G. A., Plaut-Vincentsche Angina 226.
Willners, G., Nachbeobachtungsergebbei strumösen Bubonen 129, 132.
Wilson, I. R. u. Schloss, O. M., Pathologie der sogenannten akuten Pyelitis 732.
— W. H., Beitrag zur Ätiologie der Pellagra 816.
Windholz, F., Kryptokokkensepsis des Menschen 856.
Winogradow, N., Thyreogener Infantilismus Typus Brussand-Lorain infolge Syphilis congenita tarda 521.
Winternitz, Hypophysäre Adipositas mit Raynaud-ähnlichen Veränderungen luetischer Ätiologie 656.
— Ichthyosis congenita larvata 656.
— Oxalatstein der Urethra Gonorrhoe vortäuschend 556.
— Positivwerden der WR nach Tb.-Mucininjektionen und Spiroziddarreichung 556.
— Pseudoleukoderm 556.
— H. u. Schenk, V., Dünnflüssiges Jodipin 672.
— M. 388.
Wiraboff, A. W., Biologische Beziehungen zwischen Ozäna und Sklerom 159.
Wirz, Sonderstellung des Nasenlupus 875.
— F., Lopion-(Gold-)Behandlung bei Lupus erythematodes 852.
*— Fr., Frühfälle von Elephantiasis nostras 336.
— — Jodiontophorese bei Keloid nach Furunkel 500.
Wise, F. u. Diasio, F., Karotinämie bei Diabetes 806.
Wohlfeil, T. u. Jacobi, J., Vergleich zwischen mikroskopischer Untersuchung, Tierversuch und Kulturverfahren auf Tuberkelbazillen 256.
Wohlstein, Psychogene Entstehung von Dermatosen 875.

Digitized by Google

Wohlstein, E., Nekrophorusinjektion der Haut beim Menschen 190.
Woker, A. F., Über Calciobrol 787.
Woringer s. Maire.
— s. Pautrier, L. M.
Worms 592.
— W., Verimpfungsmethodik bei experimenteller Kaninchensyphilis 631.
Woronoff, Das Wesen des Leukoderma 876.
*— D. L., Silberreaktion an der Hautoberfläche bei Vitiligo und andere Pigmentationsstörungen 105.
Wossidlo, E., Arctuvan 403.
Wotzka s. Allard, E.
Wreszynski, E., Hautnekrose nach Krampfaderverödung mit Varikophtin 473.
Wright, W. A., Fall von Creeping Eruption in North Dakota 199.
Wu, H. W. s. Hoeppli, R.
Wunsch, G., Neue Anwendungsform des kolloidalen Schwefels 787.

Yamagiwa 532.
Yamamoto, T., Pallidafärbende Farbstoffe 562.
— — Zusammenhang zwischen Eigenschaften der Farbstoffe und der Spirochätenfärbung 563.
— — u. Ohya, Z., Verrukaähnliche Efloreszenzen an Hand- und Fußrücken bei Darierscher Krankheit 123.
Yanagawa, S., Rieckenbergsche Reaktion beim experimentellen Rückfallfieber 123, 125.
— — s. Nohira, A.
Yoshida, S., Bowensche Krankheit 563.
— — Pagetsche Krankheit am Penis 562.
Young, H. H., Anastomosenbehandlung der frischen oder veralteten kompletten Ruptur der Pars anterior 192.

Zängerle, Gänsehautbildung 429.
Zarubin, V., Charakteristik der Pellagra in Südserbien 393.
Zeiss, L., Blasen- und Harnleiteratonie 196.
— — Lithotripsie und Evakuierung unter Kontrolle des Auges 293.
Zelitschewa s. Wainstein.
Zeller, J. J., Tuberculum Carabelli und Syphilis 225.
Zenin, Kaninchenleber bei experimenteller Syphilis 395.
Zieler 476.
— K. s. Schäffer, J.
Ziemann 591.
Zikowsky, J., Angina Plaut-Vincenti 531.
Zimmermann, E., Entfernung einer Stearinkerze aus der männlichen Blase 726.
Zink, J., Epidermale Reizproben am Gesunden und Kranken mit zahnärztlichen Medikamenten 812.
Zinsser 839.
— Acrodermatitis atrophicans im Anschluß an Verletzung 842.
— Alopecia areata mit Nagelveränderungen 842.
— Artefakte (?); Komedonen in der Narbe (?) 842.
— Atherome an den Ohren 841.
— Boecksches Sarkoid 842.
— Chrysarobinverfärbung über den Venen 841.
— Dariersche Krankheit 841.
— Dermatitis herpetiformis 841.
— Epithelioma adenoides cysticum 842.
— Fall zur Diagnose 842.
— Folliculitis decalvans 841.
— Lichen ruber der Mundhöhle 842.
— Lupus erythematodes 841.
— Lupus vulgaris 841.
— Monilethrix 842.
— Mycosis fungoides 842.
— Naevi spili der Haut und Mundschleimhaut 842.
— Neurofibromatosis 841.
— Pemphigus 841.
— Prurigo nodularis 841.
— Radiäre Lippennarben 841.
— Schambergsche Krankheit 841.
— Sycosis simplex 841.
— Transplantation aus der Bauchhaut in die Hohlhand 842.
— Tuberkulid oder Lupus? 842.
— Tuberculosis subcutanea 841.
— Urticaria pigmentosa 842.
— Xeroderma pigmentosa 842.
Zolkewitsch, A., Veränderungen des Bact. leprae Kedrowski unter Radiumemanation 230.
*Zoon, J. J., Atrophodermia vermicularis der Backen 710.
Zsigmondi, Richard 532.
*Zumbusch, L. v., Entwicklungsformen der Spirochaeta pallida 869.
— — — Tertiäre Syphilis eine Geschlechtskrankheit im Sinne des Gesetzes zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten 42.
Zurhelle, Lupus elephantiasticus 84
— Lupus erythematodes disseminatus 84
— Pemphigus vegetans 840.
— Prophylaxefrage 840.
— Schankerbildung und Inkubationszeit bei Kaninchensyphilis 875.
Zuszkai, O., Eigenartige Beobachtung bei Enuresis 727.

Digitized by Google

Digitized by Google

Digitized by Google

Digitized by Google

DATE DUE SLIP
UNIVERSITY OF CALIFORNIA MEDICAL SCHOOL LIBRARY

THIS BOOK IS DUE ON THE LAST DATE
STAMPED BELOW

JUL 22 1937
JUE 9 1940
7 DAY
AUG 22 1966
RECEIVED
AUG 22 1966

2m-5,'30

Digitized by Google

v.90 Dermatologische Wochenschrift
1930
25981
Weygand JUL 22 1937 JUL 28 1937
Wabsenz JUL 9 1940

25981

Digitized by Google